



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA BIOLÓGICA Y BIOMÉDICA

TITULO DE MÉDICO

Adquisición de competencias en la comunicación mediante la implementación del taller comunicación de malas noticias en estudiantes de medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja. Periodo septiembre 2015 – marzo 2016.

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTOR: González Rentería, Daniela Stefanía

DIRECTOR: Astudillo Romero, Rodrigo Xavier, Dr

LOJA – ECUADOR

2017



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

2017

APROBACION DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACION

Doctor

Rodrigo Xavier Astudillo Romero

DOCENTE DE TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado: Adquisición de competencias en la comunicación mediante la implementación del taller comunicación de malas noticias en estudiantes de medicina, periodo septiembre 2015 – marzo 2016 en la Universidad Técnica Particular de Loja realizado por: Daniela Stefanía González Rentería ha sido orientado y revisado durante su ejecución por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, septiembre de 2017

f.....

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, González Rentería Daniela Stefanía declaro ser autor del presente trabajo denominado: Adquisición de competencias en la comunicación mediante la implementación del taller comunicación de malas noticias en estudiantes de medicina, periodo septiembre 2015 – marzo 2016, Rodrigo Xavier Astudillo Romero director del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja, y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 88 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente establece: “(...) forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis o trabajos de titulación que se realicen con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”.

f.

Autora: González Rentería Daniela Stefanía

Cédula: 1105639650

DEDICATORIA

El presente informe del trabajo de fin de titulación lo dedico a mi familia, con especial afecto a mis padres y hermanas quienes son mi mejor influencia y ejemplo de superación.

Daniela

AGRADECIMIENTO

A Dios, por darme fortaleza y permitir que llegue a cumplir esta meta tan importante en mi vida.

A mis padres y hermanas, que me han apoyado durante todo este trayecto.

A todos los docentes y estudiantes de la titulación de Médico, con especial afecto a los doctores Fernando Espinosa, Estefanía Bautista y Xavier Astudillo por su guía y respaldo en la realización del trabajo. Y a mis amigos y amigas que de una u otra forma han colaborado en la realización de este proyecto.

Daniela

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA	I
CERTIFICACIÓN	¡Error! Marcador no definido.
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS	III
DEDICATORIA.....	IV
AGRADECIMIENTO.....	V
ÍNDICE DE CONTENIDOS	VI
RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
CAPITULO I	5
MARCO TEÓRICO.....	5
1.1. Comunicación	6
1.2. La enseñanza de la comunicación en medicina	6
1.3. Comunicación durante la entrevista medica	7
1.4. Comunicación de malas noticias	8
1.5. Evaluación clínica objetiva estructurada.....	12
CAPITULO III	13
METODOLOGÍA.....	13
2.1. Tipo de estudio:	14
2.2. Universo:.....	14
2.3. Muestra:.....	14
2.4. Operacionalización de variables:	14
2.5. Métodos.....	15
2.6. Instrumentos.....	16
2.7. Procedimiento.....	16
2.8. Plan de tabulación y análisis:.....	17
CAPITULO III	18
RESULTADOS.....	18
3.1. RESULTADO 1	19
3.2. RESULTADO 2	20
3.3. RESULTADO 3	23
BIBLIOGRAFÍA	31
ANEXOS	35
ANEXO N° 1. GUÍA DIDÁCTICA DEL TALLER	36
ANEXO N° 2. VIDEO	43
ANEXO N°3. CONSENTIMIENTO INFORMADO	44
ANEXO N° 4. EVALUACIÓN CLÍNICA OBJETIVA ESTRUCTURADA (ECOE)	45
ANEXO N° 5. FOTOGRAFÍAS DE LA REALIZACIÓN DEL TALLER	46

RESUMEN

El presente trabajo se realizó con la finalidad de demostrar la importancia de implementar el taller "Comunicación de malas noticias" en estudiantes de la Titulación de Medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja, para el cual se elaboró un video y guía didácticos.

Para el cumplimiento de los objetivos se trabajó en dos momentos, en el primero se proporcionó el taller y materiales al GRUPO A y al final del mismo se evaluó, al GRUPO B se evaluó sin la realización del taller ni entrega de materiales. Se observó que quienes recibieron el taller y materiales alcanzaron la competencia y aprobaron el ECOE, mientras que el otro grupo reprobó.

El segundo momento se evaluó luego de tres meses valorando huella de memoria, los resultados del GRUPO A demostraron que la competencia se mantiene. El grupo B después de recibir el taller y materiales mejoran la calificación adquiriendo la competencia. Se demostró la importancia del taller durante la formación académica del estudiante de medicina en la adquisición de habilidades de comunicación.

PALABRAS CLAVE: Taller de comunicación, malas noticias, simulación, ECOE.

ABSTRACT

This work was performed in order to demonstrate the importance of the implementation of the workshop "Communicating bad news" for students of the Degree of Doctor of the Technical University of Loja, for which a video and teaching guide was developed.

To fulfill the objectives he worked at two points in the first workshop and materials the group was provided and the end of it was evaluated to GROUP B was evaluated without the workshop or delivery of materials. It was observed that those who received the workshop and materials reached the competition and approved the OSCE, while the other group failed.

The second time was then evaluated three months assessing memory footprint, Group A results showed that competition is maintained. The group B after receiving the workshop materials and improve competition becoming rating. the importance of the workshop was demonstrated during the academic training of medical students in acquiring communication skills.

KEYWORDS: Communication workshop, bad news, simulation, OSCE

INTRODUCCIÓN

El tema del presente trabajo de fin de titulación consiste en determinar la necesidad de realizar talleres que permitan la adquisición de competencias en comunicación de malas noticias, las mismas que son de vital importancia en la formación del profesional de la salud.

La adquisición de destrezas y habilidades de comunicación en medicina son importantes ya que fundamentan la base de la relación interpersonal entre el médico y el paciente. Es por ello que la implementación de un taller facilita el llevar a cabo una enseñanza adecuada y favorece el desarrollo de una comunicación efectiva que enriquecerá la formación de médico, pudiéndose observar en su práctica profesional resultados positivos tanto para él como para el paciente.

Al presente informe, se lo ha dividido en tres capítulos, primero el marco teórico, en el que constan conceptos, definiciones y diversos estudios de los cuales se ha tomado información para la realización del taller y la presente investigación. Segundo, el diseño metodológico utilizado, y finalmente en el tercer capítulo se expone los resultados obtenidos. Esta investigación se ha enfocado en lograr la adquisición de dichas destrezas, para lo cual se plantearon los siguientes objetivos:

- Implementar el taller de simulación “Comunicación de malas noticias”.
- Evaluar el logro de las competencias en la “Comunicación de malas noticias” mediante la aplicación del ECOE al final del taller.
- Evaluar la huella memorística en las destrezas de la “Comunicación de malas noticias” mediante la aplicación del ECOE al final del ciclo académico.
- Demostrar la importancia de implementar el taller “Comunicación de malas noticias” como necesidad académica de la Titulación de Medicina

Para la implementación del taller “Comunicación de malas noticias”, se elaboró una guía didáctica y un video, en los cuales se enseña a los estudiantes un modelo de cómo llevar una entrevista médica al momento de comunicar malas noticias. En la metodología se realizó la evaluación de la adquisición de la destreza en comunicación a través del ECOE, tomando en cuenta dos grupos “A” y “B”, donde a uno de los grupos se le proporcionó taller y video y al otro

no, respectivamente. Observándose que es necesario la implementación del taller de “Comunicación de malas noticias” para la adquisición de la competencia.

Para cumplir el objetivo de huella de memoria, se realizó una segunda evaluación tres meses posterior a la primera, pero para ese momento ya se había realizado el taller y facilitado la guía y el video a los dos grupos.

Como instrumento de recolección de datos y de evaluación, se utilizó la evaluación clínica objetiva estructurada (ECO) que es considerada como uno de los exámenes más válidos, fiables y eficaces para la evaluación de las habilidades clínicas. Se trata de una técnica de evaluación en la que el estudiante demuestra su competencia bajo una variedad de condiciones simuladas. (Sharma, Chandra, & Chaturvedi, Objective Structured Clinical Examination and its Impact on Clinical and Interpersonal Skills: Follow-up Study, 2013).

Este proceso fue facilitado por el trabajo conjunto de los docentes y alumnos, que desde el planteamiento del tema, hasta incluso la realización del taller han mantenido activo su espíritu de trabajo. Las instalaciones, los equipos y la calidad de personas que colaboraron en el estudio y que lo hicieron sin fines ajenos a la ciencia, felicitaron sin duda en gran medida para que esta investigación haya sido posible. Sin embargo, existieron también algunos inconvenientes, el principal fue la falta de compromiso e interés de los estudiantes por participar en el taller, ya que como este se realizó con carácter voluntario, no tuvo la acogida esperada y por ende la muestra fue más pequeña de lo programado.

La empatía, la confianza y el respeto son los pilares fundamentales en la consulta médica, ahí radica la importancia de esta investigación. Si bien es cierto, es importante una buena comunicación y relación médico-paciente en una consulta rutinaria, y dicha comunicación y relación debe ser afianzada aun cuando el médico informe malas noticias, ya que de ello dependerá, no solo la reacción del paciente y de sus familiares, sino también la acogida de los mismos a la terapia que se deba instaurar. La adquisición de esta competencia beneficiará al estudiante, proyectándolo a brindar una mejor calidad en la atención de salud de la sociedad en general.

CAPITULO I
MARCO TEÓRICO

1.1. Comunicación

A la comunicación se le considera como un proceso de comprensión y de compartir el significado de algo, es el elemento básico de la interacción humana que permite a las personas establecer, mantener y mejorar el contacto con otros, así como participar en el conocimiento de uno mismo. Simultáneamente es vista como una habilidad, y al mismo tiempo una forma de mostrar la personalidad dentro de una relación. (Petra, 2012)

En el campo de las ciencias de la salud, la comunicación es vista como una competencia nuclear para dilucidar los síntomas del paciente, sus problemas y preocupaciones y se sabe que facilita la promoción de la salud y el apego al tratamiento; siendo indispensable para una buena relación, varios teóricos han tratado de enumerar las habilidades que se requiere para una comunicación y se señalan seis elementos básicos que son la médula de la adquisición de esta habilidad:

1. Ser una habilidad aprendida.
2. Estar compuesta por conductas verbales y no verbales.
3. Incluir una adecuada iniciación, contando con respuestas apropiadas.
4. Ofrecer las mejores recompensas al receptor.
5. Requerir de un tiempo y un control adecuado de conductas específicas.
6. Estar influida por factores contextuales prevalecientes.

Dentro de estos elementos se deben incluir los siguientes parámetros: observar y escuchar, reforzar y apoyar, preguntar, responder y dar información. (Petra, 2012)

1.2. La enseñanza de la comunicación en medicina

La comunicación médico paciente es considerada un fenómeno multidisciplinario, multimetodológico y multidimensional. Es *multidisciplinaria* porque requiere de la lingüística, la psicología y la pedagogía; *multi-metodológica* porque necesita del empleo de diversos estilos y acercamientos a la comunicación de acuerdo con el paciente y la situación en que se encuentra; y *multi-dimensional* por que abarca desde la comunicación verbal, la no verbal, la paraverbal, la escrita y la mediática (Moore, Gómez, & Kurtz, Comunicación médico-paciente, una de las competencias básicas pero diferente, 2012)

Llevar a cabo una enseñanza adecuada favorece el desarrollo de una comunicación efectiva, y enriquece la formación de médico, pudiéndose observar en su práctica profesional resultados como los siguientes:

- Diminución de la angustia y depresión en el paciente.
- Mayor satisfacción del paciente.
- Mejorar el apego al tratamiento.
- Mayor resolución de síntomas.
- Mejorar los resultados finales del paciente.
- Menos búsquedas de estudios de laboratorio.
- Disminuir el riesgo de un error médico.
- Reducir el número de reclamos para un arbitraje médico.
- Reducir las quejas del paciente.
- Mejorar la satisfacción del médico (Rodríguez, 2008).

1.3. Comunicación durante la entrevista medica

Es de gran importancia una adecuada comunicación como base de la relación interpersonal *“la primera visita en que ambos se reúnen (médico y paciente) ya contribuye a curar, porque es el punto de inicio de la terapia más eficaz”* (Kelley, Horsley, Grimshaw, & Campbell, 2014). En una revisión sistemática y meta-análisis sobre la influencia de la relación médico-paciente en los resultados de salud, se concluye que la relación médico-paciente tiene un pequeño, pero estadísticamente significativo efecto en los resultados del proceso de salud (Kelley, Horsley, Grimshaw, & Campbell, 2014). La utilización de una comunicación adecuada y un enfoque centrado en el paciente, compartiendo información e incluyendo al paciente en el proceso de recuperación de su salud nos puede acercar al paciente y mejorar así el servicio de salud.

Es importante como parte de la entrevista médica conocer las necesidades y expectativas de los pacientes, ya que es el medio más adecuado en el cual el médico debe establecer una conexión con el paciente poniendo en práctica sus múltiples destrezas y conocimientos (Shorey & Spollen , 2014). Otro punto clave también es conocer el ambiente psicosocial del paciente y para lograr la apertura emocional del mismo se requiere comunicación directa, afectiva, empática y sobre todo escucha activa. Los médicos deben poseer la capacidad de construir y

mantener relaciones de confianza, con el fin de escuchar y comprender las preocupaciones del paciente, conocer acerca de sus necesidades, expectativas para con ello llegar a negociar estrategias de tratamiento. (Gómez, Moore, & Aaros-Baeriswyl, 2012)

Entre las metodologías innovadoras para lograr tal empatía podemos encontrar al laboratorio de destrezas; un laboratorio de habilidades o de destrezas clínicas, se compone principalmente de un entorno de simulación, entendido como el “*espacio físico destinado a la reproducción de un escenario de simulación en el contexto lo más real posible*”, un tutor entrenado y una metodología de simulación que puede ser escénica, robótica o virtual, una guía didáctica y un listado de comprobación (Ruiz, 2010). La práctica de habilidades tiene varias ventajas, como ensayar en condiciones de bajo riesgo y recibir retroalimentación cuantas veces sean necesarias. Esto se ha demostrado en un estudio en el cual se utilizó pacientes estandarizados como “difíciles”, en el que concluye que la intervención educativa innovadora con el uso de pacientes simulados es altamente efectiva en mejorar las habilidades de comunicación en relación con la educación tradicional. (Ravitz, y otros, 2013)

1.4. Comunicación de malas noticias

La comunicación de malas noticias es un frecuente enfrentamiento y al mismo tiempo una tarea difícil para los médicos en la mayoría de las especialidades médicas. Varios grupos de estudio han publicado directrices sobre el manejo profesional de esta difícil situación de comunicación en los últimos años. La aplicación de las directrices se ha implementado con cursos de enseñanza en dar las malas noticias como parte de la licenciatura y los planes de estudio de posgrado en Estados Unidos y varios países de Europa, obteniendo resultados positivos para el profesional en formación. (Bovincini, y otros, 2009)

Una formación sistemática y bien estructurada encaja perfectamente en los programas de habilidades de comunicación, en la medicina moderna y en el aprendizaje con el uso de métodos experimentales (Van Herwaarden, 2009). La capacitación adecuada también es apropiada debido a que muchos médicos indican un déficit de esta habilidad y solicitan ser entrenados en esta área, varios métodos son eficaces para entrenar a los estudiantes, los médicos, y enfermeras. Sin embargo, la viabilidad de este tipo de formación también depende

en gran medida de los recursos disponibles, como un personal suficientemente capacitado, disponibilidad de pacientes simulados y la asignación para el tiempo de estudio.

Las malas noticias requieren una comunicación similar a la de otras entrevistas médicas y se requiere las mismas habilidades como para dar cualquier otra información relevante, pero aplicado en un contexto más dramático de lo habitual. Esto hace que el dar malas noticias sea particularmente difícil para los médicos, ya que a menudo se refiere a graves amenazas a la vida del paciente o pronósticos aterradores de enfermedades (Maguirre & Pitceathly , 2010). Las dificultades en la comunicación de malas noticias son principalmente causadas por la intensidad de las emociones que se acompañan tanto en los médicos como en los pacientes, a menudo incluyendo también a sus familiares.

La comunicación puede resultar inadecuada si los profesionales de la salud no reconocen sus propias emociones y reacciones, o no le hacen frente a ellas adecuadamente. Existe evidencia de que la comunicación de este tipo de noticias se rompe con frecuencia, sobre todo cuando los médicos siguen su propia agenda y no hay concordancia con el paciente (Maguirre & Pitceathly , 2010).

Otro aspecto desafiante en la comunicación de malas noticias es que está respondiendo adecuadamente a las reacciones emocionales y ayuda a desarrollar una perspectiva realista. Los médicos deben lidiar con las emociones de manera efectiva, esto particularmente en la forma en que se dan las malas noticias ya que este tipo de información afecta también a la forma en la que los pacientes lidian con la noticia.

Por otra parte, la participación de los pacientes en el proceso de toma de decisiones cuando se encuentran en un estado emocional, requiere habilidades de comunicación verbal y no verbal. Se requieren habilidades específicas porque esta es una tarea exigente que incluso los médicos experimentados consideran particularmente desafiante (Van Well-Baumgarten, Brouwerrs, Hermus, Van Dalen , & Bonke , Teaching and training in breaking bad news at the Duch medical schools: A comparison, 2012).Las guías de consenso para los profesionales médicos, han propuesto directrices para desarrollar la comunicación basándose en tres modelos:

1. No revelación
2. Revelación completa
3. Revelación individualizada (Girgis & Sanson-Fisher, 1995)

En las sociedades occidentales el modelo no divulgación o no revelación es característico de los médicos. En este primer modelo el paciente tiene un papel dependiente y pasivo. El médico decide sobre el tipo y la cantidad de información que requiere el paciente. Este modelo se justifica en que los médicos deben permitir que los pacientes conserven la esperanza y eviten desmoralizarse.

El segundo modelo se basa en la noción de que todos los individuos tienen derecho a saber la verdad completa acerca de su estado de salud. Del mismo modo el médico y el paciente deben contribuir sobre las decisiones del tratamiento y esto solo se puede lograr cuando los pacientes están plenamente informados, en este modelo la relación médico paciente es muy equilibrada y nace de la necesidad de los pacientes de conocer y mantenerse informados sobre su enfermedad. (Rashmi & Sydney, 2011)

Por otro lado, en el modelo individualizado se asigna la misma importancia a las perspectivas del paciente y del médico, poniendo como eje central al paciente para identificar sus necesidades y problemas, respetando siempre su autonomía (Van Well-Baumgarten, Brouwers, Hermus, Van Dalen , & Bonke , Teaching and training in breaking bad news at the Duch medical schools: A comparison, 2012). Por lo tanto esta revelación será un proceso que tome tiempo, permite una relación colaborativa entre ambas partes

Adicional a estos modelos existen nemotecnias de gran utilidad para llevar una entrevista médica difícil, como es el caso de comunicar malas noticias. Por ejemplo SPIKES (settings, patient's perception, invitation, knowledge, exploring/empathy, strategy/summary), que traducido significa: ajustes, percepción del paciente, invitación, conocimiento del paciente, exploración/empatía, estrategias/resumen. (Minichiello, Ling , & Ucci, 2010). Otra nemotecnia bastante útil es ABCDE (advance preparation, build a therapeutic environment/relationship, communicate well, deal with patient and family reactions, encourage and validate emotions) preparación previa, construir un entorno/relación terapéutica, buena comunicación, trato con el paciente y reacciones de la familia, alentar y validar las emociones.

Existen aspectos comunes e importantes en estos enfoques y son:

1. Una breve introducción después de lo cual las noticias se entrega sin muchas dudas.
2. El "mensajero" sigue estando disponible después de haber entregado las malas noticias.
3. Que el medico permite a los pacientes reaccionar de la manera que prefieran. En esta fase, las respuestas emocionales de los pacientes tienen prioridad. Por lo tanto, las emociones deben abordarse antes de dialogar sobre temas médicos. Finalmente, mirando la perspectiva del paciente se debe continuar a su ritmo sin adelantar procesos. (Aspergren & Lonberg-Madsen, Wich basic communication skills in medicine are learnt spontaneously and which need to be taught and trained?, 2009).

1.4.1. Enseñando comunicación en situaciones difíciles

Según investigaciones en educación médica, es conveniente desarrollar talleres para tratar tópicos específicos como: malas noticias, obtener un consentimiento informado, manejar pacientes difíciles, y realizar conversaciones con familiares referente a decisiones de vida o muerte de un paciente críticamente enfermo (Soler & Raurich, 2015)

- a. La comunicación de "malas noticias" se basa en expresar información amenazante, de tal manera que promueva la comprensión, hablar del desarrollo del cuadro y una sensación de apoyo continuo. Haberse presentado con el paciente o familiar, contar con un espacio privado, asegurar que el médico esté al mismo nivel visual que el que escucha.
- b. La comunicación en un conflicto, este paso ayuda a disminuir la posibilidad de conflictos dentro de la relación con el interlocutor, a través de seis pasos para lograr un adecuado *rapport*:
 - Mantenerse atento.
 - Escuchar con cuidado.
 - Tratar de ver su punto de vista.
 - Responder a la crítica con empatía.
 - Aceptar la responsabilidad de los actos de uno.
 - Usar el "yo" y no agredir al otro señalando lo mal que actuó.

Lo antes mencionado dentro de un marco de escucha activa, reflexión, empatía, respeto, contacto visual, actitudes no verbales de aceptación y paciencia (Jiménez, Buller, & Luzuriaga, 2016).

1.5. Evaluación clínica objetiva estructurada.

La Evaluación Clínica Objetiva Estructurada (ECO) es un instrumento que se ha utilizado desde la década de 1970. (Baig & Violato, 2012). Es una herramienta evaluativa multiuso versátil que puede utilizarse para evaluar a los profesionales de la salud en un entorno clínico. Evalúa la competencia, sobre la base de pruebas objetivas, a través de la observación directa. Es precisa, objetiva y reproducible, permite la evaluación uniforme de los estudiantes para una amplia gama de habilidades clínicas. A diferencia del examen clínico tradicional, la ECO podría evaluar las áreas más críticas para el desempeño de los profesionales de la salud, tales como habilidades de comunicación y capacidad para manejar el comportamiento del paciente impredecible. (Zayyan, 2011)

La Evaluación Clínica Objetiva Estructurada está siendo considerada como uno de los exámenes más válidos, fiables y eficaces para la evaluación de las habilidades clínicas. Se trata de una técnica de evaluación en el que el estudiante demuestra su competencia bajo una variedad de condiciones simuladas. (Sharma, Chandra, & Chaturvedi, Objective Structured Clinical Examination and its Impact on Clinical and Interpersonal Skills: Follow-up Study, 2013)

Por todos los motivos determinados anteriormente es muy útil y necesario implementar este tipo de talleres en los estudiantes de la Titulación de Medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja, con el fin de formar profesionales que se encuentren preparados en todos los ámbitos y más aún en este humanístico, ya que la comunicación en general como lo hemos visto es la base fundamental para el desarrollo de la consulta médica, y más aún si se trata de comunicar malas noticias ya que el médico deberá tener conocimiento de las directrices que se plantean al momento de comunicar las mismas.

CAPITULO III

METODOLOGÍA

2.1. Tipo de estudio:

El presente estudio fue de tipo cuantitativo, prospectivo y observacional.

2.2. Universo:

Todos los estudiantes matriculados en el componente Integrado de Clínica Médica en la Titulación de Medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja en el período académico octubre 2015 – febrero 2016.

2.3. Muestra:

2.3.1. Tamaño de la muestra: $n=26$

2.3.2. Tipo de muestreo: muestreo no probabilístico por conveniencia

2.3.3. Criterios de inclusión:

- Se incluirán todos los estudiantes masculinos y femeninos matriculados en el componente Integrado de Clínica Médica en la Titulación de medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja en el período académico octubre 2015 – febrero 2016.
- Todos los estudiantes que hayan leído, comprendido y firmado el consentimiento informado.

2.3.4. Criterios de exclusión:

- Estudiantes que no completen las actividades planificadas del taller
- Estudiantes que no firmen el consentimiento informado.

2.4. Operacionalización de variables:

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	MEDICIÓN
----------	------------	-----------	----------

<p>Calificación de la ECOE del taller “Comunicación de malas noticias” al finalizar el mismo</p>	<p>Evaluación Clínica Objetiva Estructurada: considerada un método válido, fiable y eficaz para la evaluación de las habilidades clínicas. Se trata de una técnica de evaluación en el que el estudiante demuestre su competencia bajo una variedad de condiciones simuladas.</p>	<p>ECOE al final del taller: Rangos de Calificación: 20 : Sobresaliente 19: Notable 18: Bien 17: Satisfactorio 14 a 16: Suficiente 10 a 13: Insuficiente 0 a 9: Deficiente</p>	<p>- Frecuencia y porcentaje</p>
<p>Calificación de la ECOE del taller “Comunicación de malas noticias” al finalizar el ciclo académico (Huella memorística)</p>	<p>Persistencia del aprendizaje a través del tiempo mediante el almacenamiento y la recuperación de la información</p>	<p>ECOE al final del ciclo académico: Rangos de calificación 20 : Sobresaliente 19: Notable 18: Bien 17: Satisfactorio 14 a 16: Suficiente 10 a 13: Insuficiente 0 a 9: Deficiente</p>	<p>- Frecuencia y porcentaje -</p>

2.5. Métodos

Se trata de un estudio prospectivo observacional, por lo que la observación fue el método que permitió un registro visual calificado de lo que ocurrió en la situación real con el paciente simulado.

Para la primera valoración con la evaluación clínica objetiva estructurada (ECO) se organizó dos grupos, al primer grupo (grupo B) se le evaluó sin la realización del taller y no se les proporcionó el material didáctico, posteriormente se capacitó conjuntamente a los dos grupos, se proporcionó el material y se realizó el taller con pacientes simulados. Al término del taller, el segundo grupo (grupo A) fue evaluado con la ECO.

Al finalizar el ciclo académico, específicamente luego de tres meses, todos los estudiantes fueron evaluados nuevamente con la misma ECO, esto con el fin de valorar la huella de memoria

2.6. Instrumentos

Para la recolección de datos se utilizó una evaluación clínica objetiva estructurada (ECO), la misma que se aplicó a todos los estudiantes que participaron del estudio.

2.7. Procedimiento

Elaboración del proyecto del trabajo de fin de titulación:

Para la ejecución del presente trabajo de investigación, se inició con la revisión bibliográfica del tema, la misma que incluyó libros, revistas digitales y publicaciones en internet, se seleccionó la información de mejor calidad y más actualizada. A continuación, se procedió a la redacción y presentación del proyecto, se realizaron las correcciones pertinentes al mismo y finalmente fue aprobado.

Elaboración del material didáctico:

Posterior a la aprobación del proyecto, se continuó con la revisión bibliográfica sobre el tema, se redactó una guía didáctica para los alumnos participantes del taller y una vez terminada se elaboró la evaluación clínica objetiva estructurada (ECO) según los puntos planteados en la misma. El siguiente paso fue la elaboración de un video didáctico como parte del taller, el mismo que se grabó en el dispensario médico de la Universidad Técnica Particular de Loja, con la colaboración de docentes y estudiantes de la Titulación de Medicina y de la Titulación de

Comunicación Social. Los materiales didácticos constan con la respectiva valoración del tutor de la presente.

Colaboración de estudiantes como pacientes simulados: Para la preparación de los pacientes simulados, se contó con la colaboración voluntaria de alumnos de la Titulación de Comunicación Social como actores y actrices; se mantuvo una reunión con ellos previa a la realización del taller, en la cual se los capacitó con la finalidad de estandarizar la simulación.

Desarrollo del taller y recolección de datos:

El taller se lo desarrolló dividiendo a los estudiantes en dos grupos; el primer grupo GRUPO A fue evaluado posterior a la realización del taller, el segundo grupo (GRUPO B) fue evaluado mediante la ECOE sin la previa realización del taller.

El taller se llevó a cabo en un aula de la Universidad Técnica Particular de Loja, se realizó una sesión de 90 minutos de duración para el primer grupo, y una sesión de 40 minutos de duración para el segundo grupo. La organización del taller se realizó de la siguiente manera: 5 minutos para la introducción al taller, 10 minutos para proyección del video, 30 minutos para práctica, simulación y preguntas, al final del taller se asignaron 40 minutos para la evaluación por medio de la ECOE, se contó con la colaboración de 3 evaluadores y 3 pacientes simulados, y se estimó un aproximado de 10 minutos por estudiante.

Es importante recalcar que para la realización del taller se solicitó la colaboración voluntaria de los estudiantes, solicitándoles su consentimiento mediante un documento legal.

Evaluación de huella de memoria:

Para la evaluación de la huella de memoria se aplicó una ECOE por cada estudiante luego de 94 días de haber concluido el taller, se asignaron 10 minutos para cada estudiante, utilizando la misma metodología aplicada en el taller.

2.8. Plan de tabulación y análisis:

Una vez obtenidos todos los resultados de las ECOEs, los datos fueron transferidos al programa Microsoft Office Excel 2013 para ser tabulados y posteriormente al programa IMB

SPSS STADISTICS 20, de esta forma las variables categóricas se analizaron mediante frecuencias y porcentajes simples, además se obtuvo la media, mediana y moda. Con el mismo programa se procedió a generar las tablas y gráficos de barras necesarios para el análisis de los resultados.

CAPITULO III

RESULTADOS

3.1. RESULTADO 1

3.1.1. Guía didáctica para el taller: “Comunicación de malas noticias”

Se realizó una guía didáctica con el debido enfoque pedagógico para las competencias del taller, la misma consta de seis hojas e inicia indicando las competencias que se desea que los estudiantes logren alcanzar con el presente taller y posteriormente se plantea el cronograma de actividades que se llevó a cabo durante la realización del mismo, también se mencionan los requisitos previos para poder cursarlo y lograr su aprobación.

La guía también consta de una introducción con definiciones e información recopilada de artículos pertinentes y relacionados con el tema que indican la importancia y relevancia del taller y finalmente se expone un modelo de cómo llevar la consulta médica al momento de comunicar malas noticias. El modelo se expuso paso a paso para facilitar el aprendizaje del estudiante y de acuerdo a estos pasos se elaboró la ECOE con la que fueron evaluados los mismos. Finalmente la guía fue útil para la elaboración del video, ya que existe concordancia con los pasos a seguir en la entrevista médica.

La guía se encuentra disponible en el anexo 1.

3.1.2 Video: “Comunicación de malas noticias”.

Se grabó un video educativo en el cual se hace la representación de dos escenarios de consulta médica, en la primera escena se mostró a un médico no capacitado para la comunicación de malas noticias, y en la segunda escena se demuestra paso a paso cómo llevar una comunicación empática con el paciente al comunicar este tipo de noticias. Para esto previamente se elaboró un libreto con el papel de cada actor, que en este caso son cuatro: los

dos médicos, la paciente y su cónyuge. El video fue grabado en un consultorio en las instalaciones del dispensario médico de la UTPL y es una de las herramientas claves, ya que es una forma didáctica de enseñar a los estudiantes lo que se debe y no se debe realizar durante la entrevista médica y útil también para facilitar el aprendizaje y lograr así mejores resultados en las ECOEs que se aplica.

El link del video es: <https://www.youtube.com/watch?v=TzTXdYIt-58> se encuentra disponible en el anexo 2.

Por lo tanto es importante saber que se logró implementar el taller y tanto la guía como el video a 26 alumnos sin limitación alguna.

3.2. RESULTADO 2

A continuación se presentan los resultados de las ECOEs en el primer momento:

GRUPO A

Tabla N° 1. Distribución de calificaciones de los estudiantes evaluados al final de taller. Octubre 2015.

CALIFICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20 : Sobresaliente	6	42,9
19: Notable	3	21,4
18: Bien	2	14,3
17: Satisfactorio	2	14,3
14 a 16: Suficiente	1	7,1
10 a 13: Insuficiente	0	0,0
0 a 9: Deficiente	0	0,0
TOTAL	14	100,0

Fuente: ECOE: "Comunicación de malas noticias"
Elaborado por: Daniela Stefanía González Rentería.

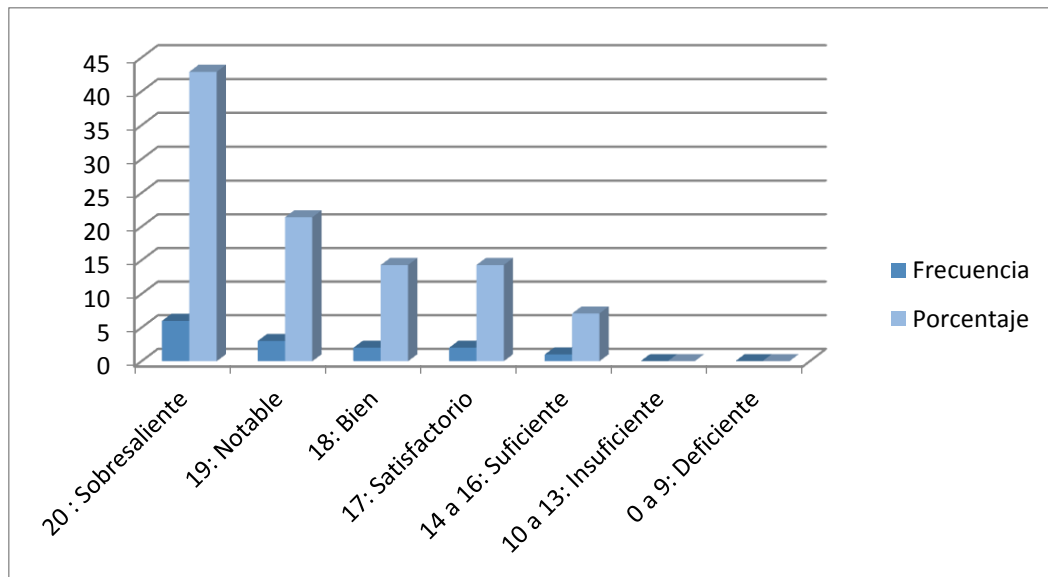


Figura N° 1: Distribución de calificaciones de los estudiantes evaluados al final de taller. Octubre 2015.
 Fuente: Tabla N° 1
 Elaborado por: Daniela Stefanía González Rentería.

Podemos observar que del total de los estudiantes del grupo A, quienes recibieron el taller, obtuvieron las siguientes calificaciones, el 42,9% (6 estudiantes) obtuvieron un promedio sobresaliente de 20, el 21,4% (3 estudiantes) obtuvieron un promedio notable de 19, el 14,3% (2 estudiantes) obtuvieron un promedio de 18 o bien, el 14,3% (2 estudiantes) obtuvieron un promedio satisfactorio de 17, el 7,1% (un estudiante) obtuvo un promedio suficiente de 16.

GRUPO B

Tabla N° 2. Distribución de calificaciones de los estudiantes evaluados quienes no recibieron el taller. Octubre 2015.

Calificación	Frecuencia	Porcentaje
20 : Sobresaliente	0	0,0
19: Notable	0	0,0
18: Bien	0	0,0
17: Satisfactorio	0	0,0
14 a 16: Suficiente	1	8,4
10 a 13: Insuficiente	4	33,3
0 a 9: Deficiente	7	58,3
TOTAL	12	100,0

Fuente: ECOE: "Comunicación de malas noticias"
Elaborado por: Daniela Stefanía González Rentería

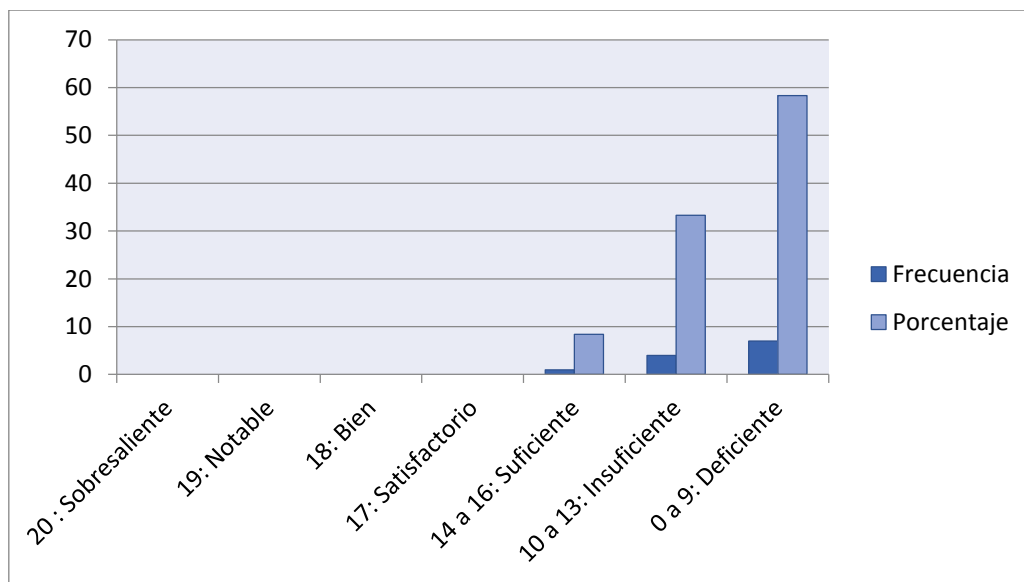


Figura N° 2: Distribución de calificaciones de los estudiantes evaluados quienes no recibieron el taller. Octubre 2015

Fuente: Tabla N° 2

Elaborado por: Daniela Stefanía González Rentería.

Podemos observar que del total de los estudiantes del grupo B, que fueron los que no recibieron el taller ni el video, el 8,4% (un estudiante) obtuvo un promedio suficiente de 16, el 33,3% (4 estudiantes) obtuvieron un promedio insuficiente (de 10 a 13), el 58,3 (7 estudiantes) sobresaliente obtuvieron un promedio deficiente (de 0 a 9).

3.3. RESULTADO 3

En la evaluación del segundo momento tanto el grupo A como el grupo B recibieron el taller, guía y video “Comunicación de malas noticias”. Los resultados a continuación son aquellos que evaluaron la huella de memoria tres meses después de la capacitación al GRUPO A

GRUPO A

Tabla N° 3. Distribución de calificaciones de los estudiantes evaluados al final del ciclo académico. Febrero 2016

Calificación	Frecuencia	Porcentaje
20 : Sobresaliente	10	71,4
19: Notable	2	14,3
18: Bien	2	14,3
17: Satisfactorio	0	0,0
14 a 16: Suficiente	0	0,0
10 a 13: Insuficiente	0	0,0
0 a 9: Deficiente	0	0,0
TOTAL	14	100,0

Fuente: ECOE: “Comunicación de malas noticias”
Elaborado por: Daniela Stefanía González Rentería.

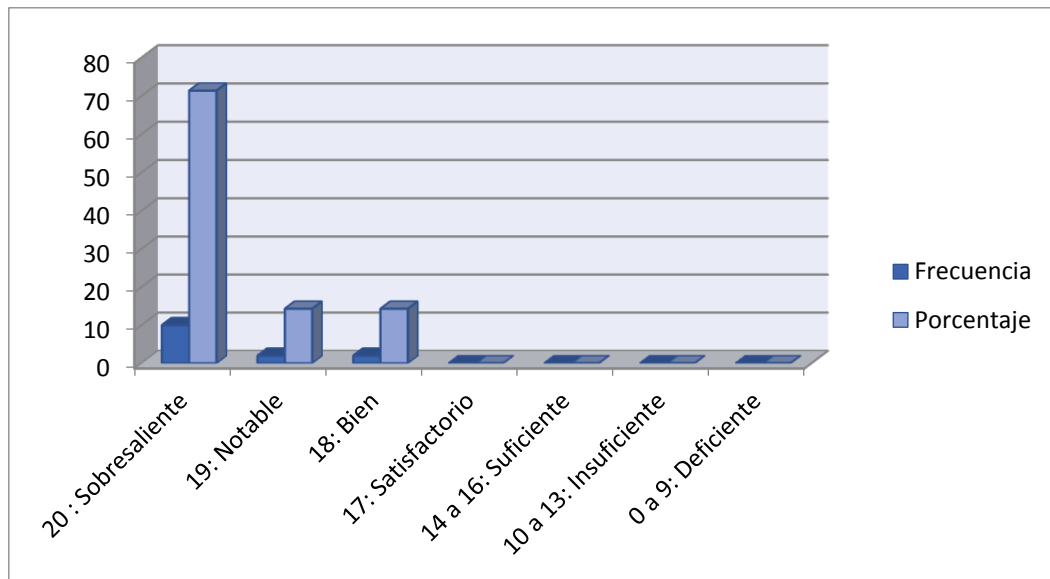


Figura N° 3: Distribución de calificaciones de los estudiantes evaluados al final del ciclo académico. Febrero 2016
 Fuente: Tabla N° 3
 Elaborado por: Daniela Stefanía González Rentería

Podemos observar que en el segundo momento los estudiantes del grupo A, mantuvieron e incluso algunos mejoraron la destreza, obteniéndose que el 71,4% (10 estudiantes) obtuvieron un promedio sobresaliente de 20, el 14,3% (2 estudiantes) obtuvieron un promedio de 19 o notable, el 14,3% (2 estudiantes) obtuvieron un promedio de 18 o bien.

Por lo tanto al evaluar la huella de memoria se puede determinar que los estudiantes que recibieron el taller inicial adquirieron la competencia en comunicación de malas noticias, y al ser evaluados nuevamente tres meses posteriores al primer taller, mantienen e incluso mejoran la evaluación con la ECOE.

GRUPO B

Tabla N° 4. Distribución de calificaciones de los estudiantes evaluados al final del ciclo académico. Febrero 2016

Calificación	Frecuencia	Porcentaje
20 : Sobresaliente	4	33,3
19: Notable	3	25,0
18: Bien	4	33,3
17: Satisfactorio	0	0,0
14 a 16: Suficiente	1	8,4
10 a 13: Insuficiente	0	0,0
0 a 9: Deficiente	0	0,0
TOTAL	12	100,0

Fuente: ECOE: "Comunicación de malas noticias"
Elaborado por: Daniela Stefanía González Rentería.

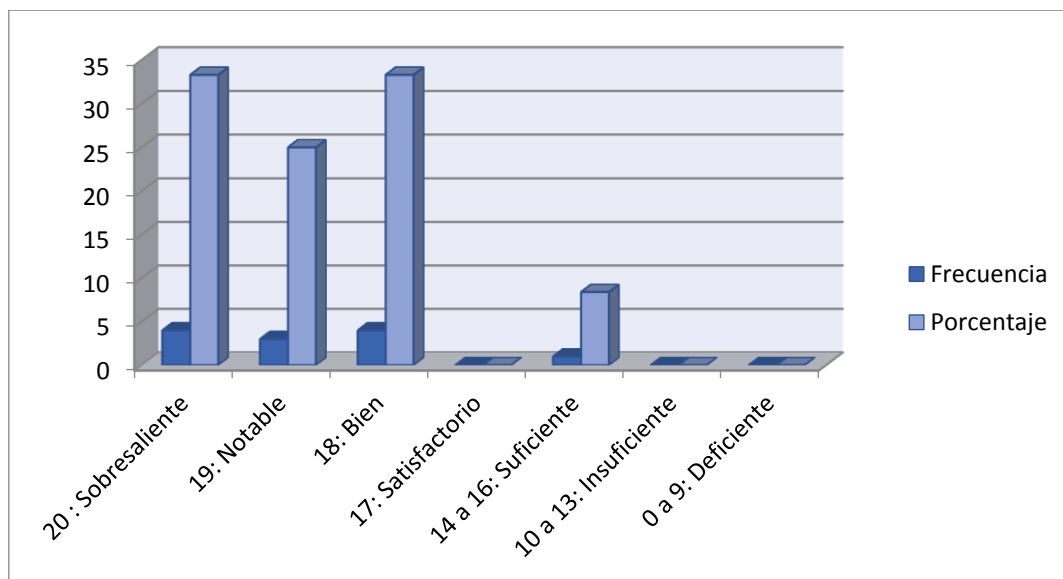


Figura N° 4: Distribución de calificaciones de los estudiantes evaluados al final del ciclo académico. Febrero 2016

Fuente: Tabla N° 4

Elaborado por: Daniela Stefanía González Rentería.

En el GRUPO B, se puede observar que después de recibir el taller el rendimiento mejoro notablemente. Obteniéndose que el 33,3% (4 estudiantes) obtuvieron un promedio sobresaliente de 20, el 25% (3 estudiantes) obtuvieron un promedio de 19 o notable, el 33,3% (4 estudiantes) obtuvieron un promedio de 18 o bien, el 8,4% (un estudiante) obtuvo el promedio de 16 o suficiente.

Es importante destacar en este grupo la notable mejoría en el desarrollo de la destreza en comunicación de malas noticias. Y esto se refleja por la falta de actividades que introduzcan la temática de comunicación y desarrollen esta competencia durante la formación académica.

En el GRUPO B, es notoria la diferencia entre el primer y el segundo momento, las preguntas con mayor dificultad en el primer momento en este grupo fueron el planteamiento de directrices al paciente para que decida sobre la información que se le proporcionará, preguntar al paciente sobre la confidencialidad de la noticia, y otra de las claves en la evaluación del tema es si no informa al paciente el tiempo de supervivencia. Sin embargo en el segundo momento, después de haber recibido el taller y el material los estudiantes pudieron mejorar varios aspectos de la evaluación.

DISCUSIÓN

Con el presente proyecto de investigación se determinó la importancia de la implementación de talleres de comunicación de malas noticias como parte del aprendizaje de los estudiantes de medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja, ya que permite al profesional en formación prepararse para futuros retos con sus pacientes.

Esta investigación indica lo importante y benéfico que es para el estudiante adquirir la destreza de comunicación de malas noticias mediante herramientas didácticas que sean de fácil acceso, esto con el fin de formar un profesional con conocimientos sólido y capaz de aplicarlos en el futuro, lo que coincide con lo dicho en el estudio realizado por Ravitz, y otros en el 2013 que concluye que la intervención educativa innovadora con el uso de materiales didácticos es altamente efectiva en mejorar las habilidades de comunicación en relación con la educación tradicional. (Ravitz, y otros, 2013)

En el primer objetivo se da a conocer la importancia de brindar estos talleres de comunicación de malas noticias, y como indica el artículo “Comunicación médico-paciente, una de las competencias básicas pero diferente” que todos los individuos quienes se dedican a la medicina clínica deberían ser capaces de poner en práctica las habilidades comunicacionales como una herramienta facilitadora de la relación con sus pacientes. (Moore, Gómez, & Kurtz, Comunicación médico-paciente, una de las competencias básicas pero diferente, 2012). Y esto se asemeja a la realidad encontrada en esta investigación.

De la misma manera, como expone Garcia, R. en su artículo “Modelo educativo basado en competencias: importancia y necesidad”, el tener un conocimiento continuo nos ayudará a tener una mejor adquisición de destrezas y a que este conocimiento no se convierta simplemente en un rompecabezas de conocimiento sino que se complemente uno con el otro para lograr la excelencia (Garcia Retana, 2011). Lo que coincidió con el presente estudio, representado con la huella de memoria, que se mantuvo e incluso mejoro en los estudiantes.

Para la presente investigación se elaboró y ejecutó un taller de simulación “Comunicación de malas noticias” ya que según un estudio que realizó una comparación entre la eficacia de la educación clínica frente a la educación médica basada en la simulación, los resultados demostraron que la educación médica basada en la simulación es superior a la enseñanza de la

medicina tradicional en el logro de objetivos de adquisición de habilidades clínicas específicas. Lo que es semejante a los resultados obtenidos en este estudio. (McGaghie, Issenberg, Cohen, Barsuk, & Wayne, 2011).

La herramienta utilizada para evaluar a los estudiantes y verificar la adquisición de la competencia en comunicación, fue una evaluación clínica objetiva estructurada (ECO), esta herramienta resultó muy práctica en la investigación porque permitió evaluar a los estudiantes de forma holística, fácil y rápida, además de brindar la posibilidad de obtener con mayor facilidad y eficacia los resultados que posteriormente fueron tabulados. Estas ventajas coinciden con el estudio de Zayyan, en el que se demuestran las diferencias con el examen clínico tradicional. (Zayyan, 2011)

CONCLUSIONES

- Se implementó el taller de “Comunicación de malas noticias”, mediante la elaboración del material didáctico, como fueron la guía y el video.
- La evaluación inicial de las competencias clínicas mediante la aplicación de la ECOE, demostró que los estudiantes del GRUPO A, a quienes se les dio previamente el taller, lograron la aprobación del mismo y por ende la adquisición de la destreza investigada.
- La evaluación final de las competencias clínicas que fueron adquiridas en el primer momento, se reflejaron con la segunda ECOE a los tres meses, en la que con el GRUPO A, se obtuvo una factible huella memorística, ya que el 100% de los estudiantes lograron la aprobación del taller y con ello la adquisición de las destrezas.
- El implementar los talleres de comunicación en la titulación de medicina es un método válido para la adquisición de destrezas aplicables en la comunicación de malas noticias, ya que el 100% de los participantes del taller lograron la aprobación del mismo, con ayuda de los materiales didácticos que facilitaron el aprendizaje.
- La evaluación inicial al GRUPO B (estudiantes que no recibieron el taller), con la misma herramienta de la ECOE, permitió conocer los escasos conocimientos del tema debido a que el 91,6%, es decir 11/12 estudiantes reprobaron el mismo.

RECOMENDACIONES

- Introducir la temática de comunicación de malas noticias en la malla curricular de la Titulación de Medicina en la Universidad Técnica Particular de Loja, para que pueda ser impartida a lo largo de la carrera, ya que como se ha establecido esta es una destreza necesaria para los estudiantes ya que los prepara para la vida profesional futura.
- Impulsar la metodología de enseñanza mediante las técnicas de simulación en los talleres de comunicación, ya que como se ha demostrado, estas facilitan el aprendizaje y la adquisición de destrezas clínicas en los estudiantes de medicina, convirtiéndose en una fortaleza extra para los profesionales en formación.
- Motivar a los estudiantes a participar del taller, mediante la socialización de casos clínicos en los que se ponga a prueba las habilidades de comunicación de los mismos, ya que con ello se les plantea un reto al mismo tiempo se sienten responsables por su propio proceso de aprendizaje.
- Realizar evaluaciones continuas a través de herramientas como la ECOE, ya que permiten una valoración holística de los estudiantes, en la adquisición de destrezas.
- Realizar una investigación longitudinal en la que se valore la huella de memoria en un espacio de tiempo más prolongado, de tal manera que podamos conocer cuán importante es reforzar los conocimientos.
- Implementar en la Titulación de Medicina, los talleres de comunicación ya que se ha comprobado que establecer una buena relación médico - paciente permite fundamentar la base de la entrevista médica logrando así la inclusión del paciente en el proceso de recuperación y mejorando el apego al tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aspergren , K., & Lonberg-Madsen, P. (marzo de 2009). Wich basic communication skills in medicine are learnt spontaneously and which need to be taught and trained? *Medical Teacher*, 27(6), 539-543. doi:10.1080/01421590500136501
2. Baig, L., & Violato, C. (7 de Diciembre de 2012). *Temporal stability of objective structured clinical exams: a longitudinal study employing item response theory*. doi:10.1186/1472-6920-12-121
3. Bee Teng, L., Moriarty, H., & Huthwaite , M. (2011). "Being-in-role": A teaching innovation to enhance empathic communication skills in medical students. *Medical Teacher*, 33(12), e663 - e669.
4. Bovincini, K., Perlin, M., Carma, L., Carrol, G., Rouse, R., & Goldestein, M. (2009). Impact of communication training on physician expression of empathy in patient encounters. *Patient Educ Couns*, 75(1), 3-10. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2008.09.007
5. Debrouwere, I. (2008). *La comunicación médico-paciente en la consulta médica*. Quito: Salud de Altura.
6. Derksen, F., Bensing, J., & Lagro-Janssen, A. (1 de Enero de 2013). Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *British Journal of General Practice*, 63(606 e76-e84).
7. Donovan , K. (2010). Breaking bad news. In: Communicating bad news: Behavioural science learning modules. *World Health Organisation*, 3-14.
8. Garcia Retana, J. A. (Diciembre de 2011). MODELO EDUCATIVO BASADO EN COMPETENCIAS: IMPORTANCIA Y NECESIDAD. *"Actualidades Investigativas en Educación"*, 11(2), 24.
9. Girgis , A., & Sanson-Fisher, R. (1995). Breaking bad news: consensus guidelines for medical practitioners. *Journal Of Clinical Oncology*, 13(9). doi:2449-2456
10. Gómez, G., Moore, P., & Aaros-Baeriswyl, E. (marzo de 2012). Co-docencia para el aprendizaje de la entrevista médica: un apoyo "in situ" para docentes clínicos en la enseñanza de competencias comunicacionales en pre grado. *Revista Médica de Chile*, 140(3), 396-403. doi:10.4067/S0034-98872012000300019

11. Hsu, I., Somnath Saha, B., Korthuis, T., Sharp, V., Cohn, J., Moore, R., & Beach, M. C. (18 de Julio de 2012). *Providing Support to Patients in Emotional Encounters: A New Perspective on Missed Empathic Opportunities*. doi:10.1016/j.pec.2012.06.015.
12. Jiménez, J., Buller, E., & Luzuriaga, C. (Febrero de 2016). La comunicación como base en la seguridad del paciente. *Revista Clínica de Medicina de Familia y Comunitaria*, 9(1), 50-63. Recuperado el 10 de Julio de 2016, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169645639009>
13. Kelley, J., Horsley, T., Grimshaw, J., & Campbell, C. (2014). How to create conditions for adapting physicians skills to new needs and lifelong learning. *World Health Organization policy brief*(14). Recuperado el 10 de junio de 2015, de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/124418/e94294.pdf?ua=1
14. Maguirre, P., & Pitceathly, C. (28 de septiembre de 2010). Key Communication skills and how to acquire them. *BMJ*, 325(7366), 697-700. Recuperado el 12 de junio de 2015, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1124224/>
15. McGaghie, W., Issenberg, B., Cohen, E., Barsuk, J., & Wayne, D. (Junio de 2011). *Does Simulation-based Medical Education with Deliberate Practice Yield Better Results than Traditional Clinical Education? A Meta-Analytic Comparative Review of the Evidence*. doi: 10.1097/ACM.0b013e318217e119.
16. Minichiello, T., Ling, W., & Ucci, D. (14 de Diciembre de 2010). Breaking bad news: a practical approach for the hospitalist. *Journal of Hospital Medicine*, 2(6), 415-421. doi:10.1002/jhm.271
17. Moore, P., Gómez, G., & Kurtz, S. (Junio de 2012). Comunicación médico-paciente, una de las competencias básicas pero diferente. *Atención Primaria*, 44(06). doi:10.1016/j.aprim.2011.07.008
18. Neumann, M. P., Edelhäuser, F. M., Tauschel, D. M., Fischer, M. R., Wirtz, M. P., Woopen, C. M., . . . Scheffer, C. M. (Agosto de 2011). Empathy Decline and Its Reasons: A Systematic Review of Studies With Medical Students and Residents. *Academic Medicine*, 86(8), 996- 1009.
19. Ortega, C., & Franco, J. (2010). *Neurofisiología del aprendizaje y la memoria. Plasticidad Neuronal*. Obtenido de iMed.Pub: <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/neurofisiologa-del-aprendizaje-y-la-memoria-plasticidad-neuronal.pdf>

20. Petra, I. (Diciembre de 2012). Teaching communication in medicine. *Scielo*, 1(4). Recuperado el 10 de Julio de 2016, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572012000400009
21. Rashmi, K., & Sydney, M. (2011). Cross-Cultural Communications and Use of The Family Meeting in Paliative Care. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*(28), 3-14. doi:10.1177/1049909110394158
22. Ravitz, P., Lance, W., Lawson, A., Mauder , L., Hunter , J., Leszcz, M., . . . Pain , C. (marzo de 2013). Improving Physician-Patient Comunication Through Coaching of Simulated Encounters. *Academic Phychiatry*, 37(2), 87-93. doi:10.1176/appi.ap.1107013
23. Real Academia Española. (2015). *Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española*. Recuperado el 31 de Septiembre de 2015, de <http://buscon.rae.es/drae/srv/search?val=par%E1frasis>
24. Rodriguez, M. (2008). *Relación médico-paciente* (Vol. VIII). (Y. Pacheco, Ed.) La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas. doi:ISBN 978-959-212-338-0
25. Ruiz, R. (2010). *Educación Medica: Manual práctico para clínicos*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana .
26. Sharma, M., Chandra, P., & Chaturvedi, S. (Septiembre de 2013). Objective Structured Clinical Examination and its Impact on Clinical and Interpersonal Skills: Follow-up Study. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 35(3), 299–301. doi:10.4103/0253-7176.1194
27. Sharma, M., Chandra, P., & Chaturvedi, S. (Septiembre de 2013). Objective Structured Clinical Examination and its Impact on Clinical and Interpersonal Skills: Follow-up Study. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 35(3), 299–301. doi:10.4103/0253-7176.1194
28. Shorey, J., & Spollen , J. (2014). Approach to the patient. (L. Park, Ed.) *UpToDate*. Recuperado el 10 de Junio de 2015, de <http://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-patient>
29. Soler, J., & Raurich, J. (2015). *Comunicación y atención primaria para los alumnos de medicina* (Vol. 77). (J. Soler, & J. Raurich, Edits.) Madrid. Recuperado el 10 de Julio de 2016, de <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=URSDBgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA11&dq=comunicaci%C3%B3n+en+medicina+&ots=Xw-AtCBG-c&sig=CpGWwCORMJqRXNnL8An-ThyQQkQ>

30. Van Herwaarden, C. (2009). *Common objectives of medical education in the Netherlands*. Federation of University Medical Centres: Blueprint. Recuperado el 11 de junio de 2015, de http://pneumo-frankfurt.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/blueprint_01.pdf
31. Van Well-Baumgarten, E., Brouwers, M., Hermus, J., Van Dalen, J., & Bonke, B. (29 de marzo de 2012). Teaching and training in breaking bad news at the Dutch medical schools: A comparison. (J. Metz, A. Verbeek, & H. Huisjes, Edits.) *Medical Teacher*, 34(5), 373-381. doi:10.3109/0142159X.2012.668247.
32. Zayyan, M. (Julio de 2011). Objective Structured Clinical Examination: The Assessment of Choice. *Oman Medical Journal*, 26(4), 219–222. doi:10.5001/omj.2011.55

ANEXOS



LABORATORIO DE DESTREZAS DE LA
COMUNICACIÓN

GUÍA DIDÁCTICA

TALLER:

COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS

AUTOR: GONZÁLEZ RENTERÍA, DANIELA STEFANÍA

REVISIÓN: ASTUDILLO-ROMERO, XAVIER.

LOJA – ECUADOR

2015 – 2016

GUÍA DIDÁCTICA PARA EL TALLER DE “COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS”

Autor: *GONZÁLEZ RENTERÍA, Daniela Stefanía

Revisor: ** ASTUDILLO-ROMERO, Xavier.

**Estudiante de la Titulación de Médico de la UTP*

***Docente Investigador a tiempo completo en el Departamento de Ciencias de la Salud de la UTP*

Octubre 2015

ÍNDICE

- 1. COMPETENCIAS A DESARROLLAR**
 - 1.1. Genéricas de la UTP
 - 1.2. Específicas de la titulación
 - 1.3. Específicas del componente académico
- 2. CRONOGRAMA DEL TALLER**
- 3. REQUISITOS PREVIOS PARA EL TALLER**
- 4. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS**
- 5. CONTENIDO DEL TALLER**
 - 5.1. Comunicación médico-paciente
 - 5.2. La entrevista estructurada
 - 5.2.1. Primera etapa: Centrada en el paciente (I.P.E.)
 - 5.2.2. Segunda etapa: Centrada en el médico: Anamnesis semiológica
 - 5.2.3. Tercera etapa: El examen físico
 - 5.2.4. Cuarta etapa: Consenso
- 6. BIBLIOGRAFÍA**

1. COMPETENCIAS A DESARROLLAR

1.1. Genéricas de la UTP:

CG-UTPL 02	Comunicación oral y escrita
CG-UTPL 04	Pensamiento crítico y reflexivo
CG-UTPL 05	Trabajo en equipo
CG-UTPL 06	Comunicación en Inglés
CG-UTPL 07	Compromiso e Implicación social
CG-UTPL 08	Compromiso ético
CG-UTPL 09	Organización y planificación del tiempo

1.2. Específicas de la titulación (seleccionadas para el Componente):

CE-TM_UTPL 01	Promover la salud y el bienestar de la persona y prevenir la enfermedad.
CE-TM_UTPL 02	Planificar la identificación, búsqueda, análisis, síntesis, generación y aplicación crítica del conocimiento actualizado y de alto nivel.
CE-TM_UTPL 04	Establecer una comunicación integral y altamente efectiva con el paciente, su entorno, comunidad científica y con la población general en el ámbito de la salud.

1.3. Específicas del componente académico:

COMPETENCIAS ESPECÍFICAS DEL COMPONENTE ACADÉMICO: TALLER DE LA ESTRUCTURA DE LA ENTREVISTA MÉDICA	
CECA-UTPL 01	Ejecutar la entrevista médica estructurada de acuerdo a la metodología I.P.E.
CECA-UTPL 02	Manejar una relación médico – paciente empática y altamente profesional.

2. CRONOGRAMA DEL TALLER

FECHA:	05 de diciembre del 2015
DURACIÓN:	2 horas Taller + ECOE 1 hora para ECOE huella de memoria
GRUPO:	Todos los estudiantes matriculados en el componente: Integrado de clínica V en el período académico Septiembre 2015 – Marzo 2016.
HORARIO:	Taller + ECOE: 5 de diciembre del 2015 (09:00-11:00h) ECOE huella de memoria: 8 de marzo del 2016 (10:00-11:00h)
MATERIAL:	Entrega de guía didáctica 2 días previos a la realización del taller.
EVALUACIÓN:	Mediante ECOE, evaluación individual de 10 minutos por estudiante.

ACTIVIDADES DEL TALLER	DURACIÓN
Bienvenida e indicaciones generales	5 min
Proyección del video “Comunicación de malas noticias”	10min
Práctica guiada de “Comunicación de malas noticias”	40 min
Evaluación mediante ECOE	60 min
TOTAL DE TIEMPO DEL TALLER	115 min

EVALUACIÓN DE HUELLA DE MEMORIA	DURACIÓN
Evaluación mediante ECOE	60 min
TOTAL DE TIEMPO	60 min

3. REQUISITOS PREVIOS PARA EL TALLER

- 3.1. Estudiantes matriculados en el componente: Integrado de Clínica V, en la Titulación de Medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja en el período académico septiembre 2015 – marzo 2016.
- 3.2. Conocimientos previos de Semiología y relación médico-paciente
- 3.3. Revisión de la guía didáctica del taller “Comunicación de malas noticias”.
- 3.4. Revisión de la bibliografía recomendada en la Guía Didáctica.
- 3.5. Acudir al taller con ropa cómoda y mandil, que le permita el desenvolvimiento dinámico en el mismo.

4. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS

ECO	Evaluación Clínica Objetiva Estructurada. La cuál es considerada como uno de los exámenes más válido, fiable y eficaz para la evaluación de las habilidades clínicas. Se trata de una técnica de evaluación en el que el estudiante demuestre su competencia bajo una variedad de condiciones simuladas. (Sharma, Chandra, & Chaturvedi, Objective Structured Clinical Examination and its Impact on Clinical and Interpersonal Skills: Follow-up Study, 2013)
Huella memorística	Son variaciones de la sensibilidad de transmisión sináptica de una neurona a la siguiente. Estas variaciones a su vez generan nuevas vías por los circuitos neurales del cerebro. Una vez establecidas, la mente puede activarlas para reproducir los recuerdos. (Ortega & Franco, 2010)

5. CONTENIDO DEL TALLER

5.1. Comunicación de malas noticias

La comunicación de malas noticias es un frecuente enfrentamiento y al mismo tiempo una tarea difícil para los médicos en la mayoría de las especialidades clínicas. Varios grupos de estudio han publicado directrices sobre el manejo profesional de esta difícil situación de comunicación en los últimos años (Bovincini, y otros, 2009).

Desde hace varios años en el apartado de Malas Noticias de las guías de consenso para los profesionales médicos se han propuesto directrices para desarrollar la comunicación de estas en tres modelos:

4. No revelación
5. Revelación completa
6. Revelación individualizada (Girgis & Sanson-Fisher, 1995)

Con las cuales se pretende hacer partícipe al paciente de la información que se le va a proporcionar. Por ejemplo, en la no revelación el paciente no desea conocer nada acerca de su enfermedad y se limita a recibir el tratamiento, en la revelación individualizada el paciente hace las preguntas que crea pertinentes

y necesarias y en la relevación completa el médico debe informar detalladamente todo acerca de la enfermedad y el plan de tratamiento a seguir.

4.1.1 Parte inicial

- A. Saludo cordial: “Tiene como objetivo principal que el paciente se sienta acogido y no como alguien que molesta” (Debrouwere, 2008). En este primer paso es importante que el médico se presente, para lo cual mencionará su nombre, apellido y cargo actual e invita al paciente a sentarse.
- B. Se debe tener presente que en todo momento tratará al paciente con respeto (de usted preferiblemente), refiriéndose a él o ella como Sr. o Sra. o por el primer nombre.
- C. A continuación, se solicita los exámenes y el permiso correspondiente para leerlos. Para lo cual podemos utilizar las frases: *Permítame sus exámenes por favor, con su permiso voy a revisarlos.*
- D. Se debe advertir al paciente sobre las noticias a comunicar, es decir que estas no son buenas. Utilizando frases como: *Temo que las noticias que tengo que comunicarle no son buenas.*

4.1.2 Planteamiento de directrices:

- E. Se debe iniciar con el planteamiento de las directrices, es de gran importancia permitirle al paciente decidir sobre la información que se le va a proporcionar. (revelación, no revelación, relevación completa)
 - a. Se debe indagar si el paciente quiere saber “todo”, “una parte” o “nada” de la mala noticia. Con frases como: *¿Desea que le explique todo acerca de su enfermedad, o desea tener conocimiento únicamente de lo necesario? Puede optar también por recibir el tratamiento y la terapia que podemos brindarle, y del tema médico no se preocupe, no es necesario que esté informada.*
 - b. En el caso de la revelación completa, el médico debe iniciar con una breve introducción de la enfermedad para luego continuar con el plan terapéutico.
 - c. En el caso de no relevación, el médico debe apoyar la decisión y limitarse a continuar con el plan terapéutico.
 - d. En el caso de revelación individualizada, se debe permitir al paciente realizar las preguntas que crea convenientes y dar la limitada información que el paciente solicite.

4.1.3 Confidencialidad

- F. A continuación se le debe preguntar al paciente sobre como desea manejar la confidencialidad de la mala noticia, es decir que personas quiere que estén enteradas y quiénes no. La decisión depende únicamente del paciente. (Van Well-Baumgarten, Brouwerrs, Hermus, Van Dalen , & Bonke , Teaching and training in breaking bad news at the Duch medical schools: A comparison, 2012)
- G. El médico debe dar espacio al paciente para que reaccione de la manera que él/ella crea conveniente, y es importante dar algunos minutos de silencio para esperar la reacción. (Donovan , 2010)

- H. El médico no debe proporcionar al paciente el tiempo de supervivencia aproximado de la enfermedad, ya que este no es específico para todos los pacientes, y existe variación en cada paciente. **No es ético proporcionar un tiempo estimado de vida.**

4.1.4 Plan terapéutico:

- I. A continuación el médico debe proponer distintos planes terapéuticos al paciente que vayan acorde con su patología. Se debe explicar detalladamente y con paciencia los pasos a seguir para el tratamiento que el paciente y su familia decidan. (Aspergren & Lonberg-Madsen, Wich basic communication skills in medicine are learnt spontaneously and which need to be taught and trained?, 2009).
- J. Es importante darle al paciente la seguridad de que no está solo, que cuenta con el apoyo de su familia y amigos (si es el caso) y también se requiere de la empatía y solidaridad que pueda brindarle su médico. En los casos que sea requerido hay que invitar a fortalecer su fé en Dios o en la creencia religiosa por la que se incline el paciente y su familia.

4.1.5 Consenso:

- K. Se debe recordar al paciente que su médico seguirá disponible y estará pendiente a partir de ese momento de él/ella, de todas sus dudas y de la progresión de la enfermedad.
- L. Una vez culminada la entrevista el medico se despide de manera adecuada.

M. BIBLIOGRAFÍA

1. Aspergren , K., & Lonberg-Madsen, P. (2009). Wich basic communication skills in medicine are learnt spontaneously and which need to be taught and trained? *Medical Teacher*(27(6)), 539-543.
2. Bovincini, K., Perlin, M., Carma, L., Carrol, G., Rouse, R., & Goldestein, M. (2009). Impact of communication training on physician expression of empathy in patient encounters. *Patient Educ Couns*, 75(1), 3-10. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2008.09.007
3. Debrouwere, I. (2008). *La comunicación médico-paciente en la consulta médica*. Quito: Salud de Altura.
4. Donovan , K. (2010). Breaking bad news. In: Communicating bad news: Behavioural science learning modules. *World Health Organisation*, 3-14.
5. Girgis , A., & Sanson-Fisher, R. (1995). Breaking bad news: consensus guidelines for medical practitioners. *Journal Of Clinical Oncology*, 13(9). doi:2449-2456

6. Hsu, I., Somnath Saha, B., Korthuis, T., Sharp, V., Cohn, J., Moore, R., & Beach, M. C. (18 de Julio de 2012). *Providing Support to Patients in Emotional Encounters: A New Perspective on Missed Empathic Opportunities*. doi:10.1016/j.pec.2012.06.015.
7. Ortega, C., & Franco, J. (2010). *Neurofisiología del aprendizaje y la memoria. Plasticidad Neuronal*. Obtenido de iMed.Pub: <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/neurofisiologa-del-aprendizaje-y-la-memoria-plasticidad-neuronal.pdf>
8. Real Academia Española. (2015). *Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española*. Recuperado el 31 de Septiembre de 2015, de <http://buscon.rae.es/drae/srv/search?val=par%E1frasis>
9. Sharma, M., Chandra, P., & Chaturvedi, S. (Septiembre de 2013). Objective Structured Clinical Examination and its Impact on Clinical and Interpersonal Skills: Follow-up Study. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 35(3), 299–301. doi:10.4103/0253-7176.1194
10. Van Well-Baumgarten, E., Brouwers, M., Hermus, J., Van Dalen, J., & Bonke, B. (2012). Teaching and training in breaking bad news at the Dutch medical schools: A comparison. *Medical Teacher*, 34(5), 373-381.

ANEXO N° 2. VIDEO

Link de acceso al Video: <https://www.youtube.com/watch?v=TzTXdYIt-58>



Video: “Comunicación de malas noticias”

ANEXO N°3. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Expreso mi consentimiento para participar de este trabajo de fin de titulación, en vista de que he recibido toda la información necesaria de lo que incluirá el mismo y de que tuve la oportunidad de formular todas las preguntas necesarias para mi entendimiento, las cuales fueron respondidas con claridad y profundidad, donde además se me explicó que el proyecto a realizar respetará el anonimato.

Dejo constancia que mi participación es voluntaria y que puedo dejar de participar en el momento que yo lo decida.

APELLIDO Y NOMBRES DEL PARTICIPANTE:

.....

Número de la Cédula de Identidad:

FIRMA DEL PARTICIPANTE:.....

Firma y nombre de la investigadora:

Daniela Stefanía González Rentería.

ANEXO N° 4. EVALUACIÓN CLÍNICA OBJETIVA ESTRUCTURADA (ECOE)

LABORATORIO DE DESTREZAS DE LA COMUNICACIÓN EN MEDICINA TALLER DE COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS ECOE DEL TALLER

NOMBRE:.....

Fecha:

Paralelo:

	DESTREZA A EVALUAR	LO HACE	NO LO HACE
1	Saluda al paciente de manera cordial y respetuosa, le invita a pasar y sentarse.		
2	Se presenta a sí mismo informando su nombre, apellido y su cargo actual; y se pone a las órdenes.		
3	Le pregunta cómo se ha sentido y verifica el motivo de consulta. (resultado de exámenes).		
4	Solicita los exámenes y autorización para leer los resultados.		
5	Lee completamente el resultado de los exámenes.		
6	Informa a su paciente que tiene "malas noticias". Utiliza frases como: "no tengo buenas noticias".		
7	Permite al paciente decidir sobre la información a proporcionar, mediante el planteamiento de directrices:		
8	Realiza un adecuado planteamiento de directrices: Revelación (averigua si quiere saber "todo", de la " mala noticia ")		
9	Realiza un adecuado planteamiento de directrices: No revelación (averigua si no quiere saber "nada" de la "mala noticia")		
10	Realiza un adecuado planteamiento de directrices: Revelación incompleta (averigua si quiere saber, "una parte" de la "mala noticia")		
11	Pregunta al paciente sobre el manejo de confidencialidad de la noticia.		
12	Realiza una breve introducción de la patología.		
13	Permite al paciente reaccionar de la manera que prefiera. Otorga algunos segundos de silencio.		
14	Utiliza las palabras adecuadas al momento de expresar las malas noticias.		
15	No informa tiempo de supervivencia.		
16	Plantea y propone distintos planes terapéuticos.		
17	Da alternativas positivas para sobrellevar el proceso, incluyendo apoyo espiritual.		
18	Muestra una postura empática durante toda la entrevista.		
19	Recuerda al paciente que seguirá disponible durante todo el proceso.		
20	Realiza un cierre adecuado despidiéndose		
TOTAL			

RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN:.....

ANEXO Nº 5. FOTOGRAFÍAS DE LA REALIZACIÓN DEL TALLER



Fotografía N°1. Proyección de la guía: “Comunicación de malas noticias”.
Fuente: Daniela Stefanía González Rentería.



Fotografía N°2. Proyección del video: “Comunicación de malas noticias”.
Fuente: Daniela Stefanía González Rentería.