

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**CAPACITACIÓN EN COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS  
EN ONCOLOGÍA Y NIVELES DE DISTRÉS DE PACIENTES**

**Presenta:**

**HEBERT EDUARDO MONCADA CARRETERO**

**Tesis como requisito parcial para obtener el grado de**

**MAESTRÍA EN CIENCIAS**

**CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

**MONTERREY, N. L., MEXICO, SEPTIEMBRE DE 2020**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO**

**MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA  
SALUD**



**CAPACITACIÓN EN COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS EN  
ONCOLOGÍA Y NIVELES DE DISTRÉS DE PACIENTES.**

**TESIS COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRÍA EN CIENCIAS**

**PRESENTA:**

**HEBERT EDUARDO MONCADA CARRETERO**

**DIRECTOR DE TESIS:**

**DEHISY MARISOL JUÁREZ GARCÍA**

**MONTERREY, N. L., MEXICO, SEPTIEMBRE DE 2020**



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO**

**MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ORIENTACION EN PSICOLOGÍA DE LA**  
**SALUD**

La presente tesis titulada “Capacitación en comunicación de malas noticias en oncología y niveles de distrés de pacientes.” presentada por Hebert Eduardo Moncada Carretero ha sido aprobada por el comité de tesis.

---

Dehisy Marisol Juárez García  
Director de tesis

---

Dr. Arnoldo Téllez López  
Revisor de tesis

---

Dr. Cirilo Humberto García Cadena  
Revisor de tesis

Monterrey, N. L., México, marzo de 2021



## **DEDICATORIA**

Esta tesis va dedicada primeramente a mis padres por apoyarme en todo sentido para lograr mis metas y sueños, que siempre creen en mí y me brindan un soporte esencial en mi vida. A mi demás familia que está al pendiente de mis logros y apoyan mis ideas y compromiso con la sociedad en mi carrera.

También quiero dedicar la tesis a las personas que han recibido un diagnóstico oncológico de manera abrupta y ha repercutido en su vida de manera desfavorable, que sepan que se trabaja para fomentar una atención capacitada, empática y basada en evidencia para que futuras generaciones no sufran un diagnóstico sin empatía.

## AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer la realización de esta tesis a la Dra. Dehisy Marisol Juárez García por el apoyo, asesoramiento y guía durante estos dos años.

Agradecer también al Dr. Cirilo Humberto García Cadena por la atención y asesoramiento sobre mi proyecto.

Igualmente, al Dr. Arnoldo Téllez López por su acompañamiento durante cada semestre y el asesoramiento con mi proyecto.

Me gustaría agradecer también a los médicos adscritos a las instituciones donde se desarrolló el proyecto y que nos ayudaron con el acceso, a comprender la logística y durante todo el proceso de nuestra investigación en las diferentes instituciones.

Les agradezco a todos los participantes, tanto médicos como pacientes que accedieron a participar dentro de este proyecto y ayudaron a concluirlo y me ayudaron a mí, concluyendo mis metas académicas.

También quiero agradecer a las psicólogas del Centro Estatal de Cancerología de Nayarit por su apoyo para la evaluación de los pacientes.

Quiero agradecer también a mis compañeros que siempre estuvieron ahí en todo momento y me brindaron un apoyo incondicional.

A mis padres, que sin ellos no me habría sido posible cambiar mi residencia para estudiar y aportar con evidencia en el área de psicología de la salud.

## **Capacitación en comunicación de malas noticias en oncología y niveles de distrés de pacientes.**

### **Resumen**

Las habilidades de comunicación de malas noticias producen una mejora en el desenvolvimiento del médico. Sin embargo, falta evaluar el impacto en el distrés del paciente como resultado de la adición de estas habilidades. El objetivo de la investigación fue determinar los efectos de un entrenamiento en comunicación de malas noticias en médicos y residentes de oncológica comparado con un grupo control y evaluar si existen diferencias en los niveles de distrés entre los pacientes de ambos grupos. Se utilizó un diseño experimental; nueve participantes fueron asignados aleatoriamente a grupo experimental o control. Los efectos de la intervención se evaluaron con el Cuestionario de Comunicación Efectiva en Oncología antes y después de la intervención. Se aplicó una escala visual análoga en forma de termómetro para evaluar el distrés de pacientes que reciben el diagnóstico o recurrencia oncológica. No se encontraron diferencias significativas en la intervención ni en el distrés de pacientes de ambos grupos, sin embargo, se encontró un tamaño del efecto grande en 3 subescalas del CCEO “Entorno” ( $d=1.25$ ), “Percepción” ( $d=1.75$ ) y “Resumen” ( $d=1.29$ ) en la muestra de oncólogos participantes. La situación de la contingencia por covid-19 y el tamaño de la muestra pudo afectar la participación y significancia estadística de los resultados. Los resultados del tamaño del efecto muestran un potencial en la intervención por lo que se sugiere replicar los resultados.

**Palabras Claves:** Comunicación, Malas Noticias, Distrés, Capacitación, Cáncer, Comunicación Malas Noticias, Diagnóstico.

## ABSTRACT

Bad news communication skills improve the physician clinical performance. However, there's a lack of information in how this impact on patients skills. The aim of this project was to determine the effects of a bad news communication intervention in oncologist and oncology residents and to compare between experimental and control group and also to compare the effects on patients distress between both groups. An experimental method was used: Nine participants was randomized assigned in an experimental o control group. Before and after intervention effects were assessed with the Oncology Effective Communications Questionnaire. A visual analog scale with a thermometer form was applied to assess the patient's distress when receiving the oncology diagnosis bad news. No significant differences were found in the intervention or in the distress of patients in both groups, however, a large effect size was found in 3 subscales of the CCEO "Environment" ( $d = 1.25$ ), "Perception" ( $d = 1.75$ ) and "Summary" ( $d = 1.29$ ) in the sample of participating oncologists. The situation of the contingency due to covid-19 and the size of the sample could affect the participation and statistical significance of the results. The results in the effect size shows a potential in the intervention, so it is suggested to replicate the results.

Key Words: Communication, Bad News, Distress, Training, Cancer, Bad News Communication, Diagnosis.

## ÍNDICE

<b>Resumen</b> .....	vii
<b>CAPÍTULO I</b> .....	12
<b><i>INTRODUCCIÓN</i></b> .....	12
<b>Definición del problema</b> .....	17
<b>Justificación de la investigación</b> .....	19
<b>Objetivos</b> .....	21
Generales .....	21
Específicos.....	21
<b>Hipótesis</b> .....	22
<b>Limitaciones y delimitaciones</b> .....	22
<b>CAPÍTULO II</b> .....	23
<b><i>MARCO TEÓRICO</i></b> .....	23
<b>2.1. COMUNICACIÓN</b> .....	23
2.1.1. Definición de comunicación .....	23
2.1.2. Modelos de comunicación .....	24
2.1.3. Comunicación en el área médica .....	29
<b>2.2. MALAS NOTICIAS</b> .....	31
2.2.1. Definición de Malas noticias. ....	31
2.2.2. Protocolos de malas noticias.....	32
2.2.2.1. Protocolo ABCDE .....	32
2.2.2.2. Protocolo SPIKES.....	34
2.2.2.3. Guía de comunicación efectiva en oncología de la American Society of Clinical Oncology (ASCO). ....	40
2.2.3. Capacitación de los médicos en malas noticias. ....	44

2.2.4. Comunicación de malas noticias en diagnóstico de cáncer. ....	49
<b>2.3. CÁNCER</b> .....	53
2.3.1. Definición de cáncer. ....	53
2.3.2. Tipos de cáncer. ....	53
<b>2.4. DISTRÉS</b> .....	53
2.4.1. Definición de Distrés. ....	53
2.4.2. Distrés en pacientes oncológicos. ....	54
2.4.3. Distrés en pacientes recién diagnosticados. ....	57
2.4.4. Comunicación efectiva y distrés. ....	62
<b>CAPÍTULO III</b> .....	66
<b><i>METODOLOGÍA</i></b> .....	66
<b>PARTICIPANTES</b> .....	66
<b>INSTRUMENTOS</b> .....	66
<b>PROCEDIMIENTO</b> .....	68
Diseño del estudio .....	68
Recolección de datos: .....	69
Análisis de datos.....	70
<b>CAPÍTULO IV</b> .....	71
<b><i>RESULTADOS</i></b> .....	71
Asignación .....	73
Seguimiento .....	73
Descripción .....	73
Análisis .....	73
<b><i>DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</i></b> .....	78

<b>REFERENCIAS</b> .....	83
<b>ANEXOS</b> .....	98

## Índice de tablas y figuras

### Tablas:

Tabla 1	<i>Comparación de modelos de comunicación en medicina en función de valores del paciente, obligaciones del médico, concepción de autonomía de los pacientes y del rol del médico. (Aires, Juan, y Virizuela, 2012)</i>	28
Tabla 2	<i>Ejemplos de respuestas empáticas, exploratorias y de validación para el paso E (Baile, Buckman, Lenzi, Globber y Beale, 2000)</i>	38
Tabla 3	<i>"Características sociodemográficas de médicos y residentes"</i>	74
Tabla 4	<i>"Análisis de comparación en la comunicación efectiva del grupo experimental y control."</i>	76
Tabla 5	<i>"Análisis descriptivos de los pacientes atendidos por los médicos participantes"</i>	77
Figura 1	<i>Diagrama de flujo de la muestra "capacitación en comunicación de malas noticias en oncología y niveles de distrés de pacientes".</i>	73

## CAPÍTULO I

### *INTRODUCCIÓN*

La relación médico–paciente se ve frecuentemente afectada debido a las pocas habilidades comunicacionales del médico, logrando un bajo apego al tratamiento e incluso deserción durante el mismo.

Reflejo de esto, son los datos obtenidos por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) en el 2015, pues constata que el tercer grupo de motivos de queja se refieren a los problemas vinculados con la comunicación médico-paciente, cuando el paciente o su familia perciben un trato inadecuado por parte del médico u otro personal de salud. Dicho grupo concentra el 21.8% del total de los más de once mil motivos reportados por los usuarios en el momento de presentar su queja (Fernandez, 2016).

Al mismo tiempo, en la comunicación en oncología se presentan muchos desafíos, pues el cáncer es una enfermedad catalogada como aterradora, y los pacientes pueden reaccionar a la información de diagnóstico y tratamiento con miedo, dolor, negación o enojo. Estas emociones pueden afectar también de manera emocional al médico tratante, sin embargo, deben aprender a abordar a los pacientes y ayudarlos a sobrellevar la situación, transmitir información adecuada, resolver las inquietudes de pacientes y familiares dentro del corto tiempo de consulta para tener como resultado una relación eficiente y a consecuencia, mejorar los resultados del paciente, tal como refiere Gilligan et al. (2017):

Una mejor comunicación en la atención de la salud se ha asociado con mejoras en muchos resultados objetivos y subjetivos de la salud, incluido el control de la presión arterial, la hemoglobina A1C en la diabetes, el cumplimiento con el uso de medicamentos y satisfacción del paciente (p. 3618).

Por esta razón, se han desarrollado investigaciones sobre la comunicación médico-paciente las cuales demuestran que el apoyo emocional, la empatía y la tranquilidad pueden disminuir la angustia que experimentan los pacientes, al igual que varios experimentos de laboratorio, donde investigan la conexión entre el ritmo cardíaco y el apoyo social, señalan

que cuando el paciente es expuesto a un evento estresante, el apoyo social o la compasión en general puede disminuir los niveles psicofisiológicos del nivel cardiaco (Danzi et al. 2018).

En el pasado, las habilidades de comunicación, según Gilligan et al. (2017) se veían como algo innato o como algo que las personas aprendían mediante la imitación y en gran medida, se esperaba que los médicos lo resolvieran por su cuenta. Sin embargo, Acedo (2016) comenta que, desarrollar una comunicación efectiva no es algo que suceda de forma natural, pues es un proceso complejo que se debe entender psicológicamente para comprender el motivo por el que en ocasiones falla y qué tipo de habilidades deben aplicarse para mejorarla. La comunicación, según este autor, podría definirse como el procedimiento por el cual se realiza la transmisión de información entre dos fuentes diferentes: emisor y receptor.

Ahora bien, en el área clínica, la comunicación de malas noticias representa una situación frecuente, inevitable y estresante, ya que sin importar cuál sea la noticia, lo que la convierte en “mala” es el impacto emocional que causa en el paciente y la actitud que puede desarrollar al conocer la nueva enfermedad o al intentar adaptarse a las nuevas circunstancias. Tal como el concepto de mala noticia por Baile, Buckman, Lenzi, Glober y Beale (2000) “la que va a cambiar de forma grave o adversa las perspectivas o expectativas del paciente sobre su futuro” (P.17).

Por consiguiente, la responsabilidad de dar una mala noticia como el diagnóstico de cáncer, se vuelve complicado, pues los profesionales de la salud en general no siempre reciben una capacitación de esta índole, como refiere Mendoza-Granada (2016):

Los profesionales de la salud llevan a cabo la comunicación de las malas noticias a través de la practica basada en la experiencia y adaptándose a las preferencias del paciente y situación, todo esto, a pesar de la existencia de guías y protocolos en la materia. Por esta razón es necesario adaptar estos protocolos a las necesidades específicas del paciente, a las características del contexto y profesional de salud,

para así poder abordar la comunicación de las malas noticias siguiendo una base fundamentada (p. 50).

Un ejemplo de esto, es el estudio realizado por Mostafavian y Abbasis, (2018) donde muestran que la capacidad de los médicos para dar malas noticias no es suficiente en algunos aspectos. Por lo tanto, recomiendan realizar cursos de capacitación durante la educación de los médicos y capacitarse constantemente a lo largo de su carrera profesional para aumentar la confianza de los pacientes y disminuir las preocupaciones y los inconvenientes de los médicos al momento de brindar las malas noticias. Al igual, Zikmund-Fisher et al. (2016), argumentan que se necesitan esfuerzos para mejorar la capacidad de los médicos al participar en la comunicación individualizada.

Para cubrir estas necesidades, se han creado protocolos para la comunicación de malas noticias como el protocolo SPIKES (Acrónimo en inglés de los nombres de cada etapa del protocolo), que tiene como objetivo en primer lugar, obtener información del paciente, lo cual permitirá determinar el conocimiento, las expectativas y disposición a escuchar malas noticias. En segundo lugar, entregar información acorde a las necesidades del paciente y sus deseos; como tercer objetivo, tiene el apoyar al paciente en aplicar habilidades para reducir el impacto emocional y el aislamiento que se experimenta al recibir la mala noticia, y por último, desarrolla una estrategia en forma de plan de tratamiento con la cooperación del paciente (Herrera, Rios, Manriquez, y Rojas, 2014)

Otra guía con la finalidad de dar malas noticias se conoce como el protocolo de ABCDE de Rabow y McPhee basado en 5 puntos:

- A. Preparación del ambiente: da pauta a prepararse en el espacio físico, el ámbito emocional y mentalmente, cómo dar las malas noticias por parte del profesional.
- B. Conocer cuánto sabe y que quiere saber: podría ser una combinación de los pasos 2 y 3 de Buckman, indagando el conocimiento que el paciente tiene sobre su padecimiento y a la vez descubrir cuánto está dispuesto a saber el paciente.
- C. Comunicarse correctamente: recomienda no usar eufemismos y no utilizar lenguaje técnico.

- D. Comprender la reacción del paciente: atender las reacciones emocionales y dar apoyo emocional.
- E. Estimular y valorar las emociones. Dar esperanzas realistas y hablar de las medidas que se tomarán, además, explorar qué siente el paciente y realizar una atención multidisciplinaria para disminuir el dolor, brindar apoyo psicológico, tanatológico, etc (Castillo Peña, 2013).

Igualmente, existe la guía de consenso de American Society of Clinical Oncology (ASCO, citado en Gilligan et al. 2017) que proporciona orientación a los médicos oncólogos sobre cómo comunicarse de manera efectiva para mejorar la relación médico-paciente, su atención y el bienestar de médicos, pacientes y sus seres queridos.

En el área de investigación, en Estados Unidos, realizaron un módulo breve de capacitación en habilidades de malas noticias, se comparó la intervención en los grupos de control de los estudiantes y residentes, utilizando las evaluaciones de habilidades de malas noticias en un checklist y un formulario de “evaluación de habilidades generales (CGAS)” para evaluar habilidades de comunicación general. Los resultados arrojaron que el breve módulo de capacitación de cómo dar las malas noticias es un método eficaz para mejorar las habilidades en este ámbito entre estudiantes de medicina y residentes (Gorniewicz et al. 2017).

Otras intervenciones realizadas para mejorar las habilidades de entrega de malas noticias han tenido efectos positivos en la adopción de estas capacidades, demostrando eficacia en la forma en que los médicos y residentes en oncología dan las malas noticias, haciendo hincapié en la importancia de la capacitación y destacando las áreas más importantes para enfatizar estos procesos de formación, como hablar sobre malas noticias, problemas de cuidados paliativos, preocupaciones espirituales y hablar con pacientes o familias de diferentes culturas. (Back et al. 2007; Liénard et al. 2010; Malloy, Virani, Kelly, y Munévar, 2010).

Una referencia a este proceso de adopción de habilidades de comunicación de malas noticias en oncología es el taller hecho por Banerjee et al. (2017) donde dicho taller constó

de tres módulos de enseñanza: (1) respuesta empática a los pacientes, (2) discusión sobre la muerte y metas de cuidado al final de la vida y (3) responder a interacciones desafiantes con las familias. La capacitación incluyó dramatizaciones didácticas y experienciales en grupos pequeños con rol-playing. Esta capacitación demostró ser factible, y tuvo un impacto significativo en la autoeficacia de los participantes y en la adopción de habilidades de comunicación de malas noticias, empatía y clarificación al comunicarse.

De igual forma, talleres de capacitación en becarios de hematología oncológica y enfermeras especializadas en el tratamiento del cáncer tuvieron resultados positivos al ser evaluado este ámbito con un instrumento en formato checklist basado en el protocolo SPIKES, donde dichos participantes debían tener al menos 5 años de experiencia en área oncológica. Los autores comentan que el taller mejoró las habilidades de comunicación de los participantes para dar la mala noticia a los pacientes con cáncer y la percepción de los sujetos sobre esta capacitación fue positiva (Eid, Petty, Hutchins, y Thompson, 2009).

En conjunto a la formación en el ámbito de dar malas noticias, cuando se adiciona una evaluación previa de preferencias de los pacientes a recibir las malas noticias por médicos especialistas en oncología, se tiene un resultado igualmente positivo, tal como en la intervención realizada por Fujimori et al. (2014) pues se realizó un programa de capacitación en habilidades de comunicación basado en las preferencias de los pacientes, resultando completamente eficaz en la formación de habilidades de comunicación de malas noticias basada en las necesidades de los pacientes, tanto para los oncólogos como para los pacientes con cáncer, pues este estudio mostró que los pacientes en el grupo de intervención puntuaban menos angustia psicológica y más confianza en los oncólogos que aquellos en el grupo de control, además, los autores recomiendan que los oncólogos deben considerar el entrenamiento en estas habilidades como un enfoque para mejorar sus habilidades de comunicación.

## **Definición del problema**

Hasta donde se conoce, en Perú, la mayoría de las facultades de medicina no contempla un entrenamiento en alumnos sobre como brindar malas noticias. En un estudio realizado en 2014, se encontró que, de 317 profesionales de salud en un hospital general de Lima, 72% de ellos reconocieron no haber recibido capacitación sobre cómo comunicar malas noticias (León-Amenero y Huarcaya-Victoria, 2019)

Asimismo, la ASCO (citado por Ascencio-Huertas, Allende-Pérez, Castañeda, y Varástegui-Avilés, 2015) señala que un porcentaje muy bajo de oncólogos recibe un entrenamiento en este ámbito.

En nuestro país, investigadores de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Hernández-Torres, Fernández-Ortega, Irigoyen-Coria, y Hernández-Hernández (2006), comentan que se ha visto que la comunicación efectiva influye tanto en la fase de obtención de datos para la historia clínica, como para la discusión del plan de tratamiento y los resultados de una buena comunicación suelen mejorar la salud emocional del paciente, puede haber mayor control del dolor y mejoría en ciertas medidas fisiológicas como la presión sanguínea y niveles de glucemia.

Sin embargo, en una investigación realizada por Herrera-Kiengelher, Villamil-Álvarez, Pelcastre-Villafuerte, Cano-Valle, y López-Cervantes (2009) igualmente en México, se evaluó la calidad de la relación del personal de salud con los pacientes hospitalizados, y se identificó un trato inadecuado, manifestando que las acciones profesionales del médico estuvieron acompañadas de actitudes de despotismo, frialdad o abierta indiferencia al momento de brindarles la atención clínica.

Por tal motivo, Aranda et al. (2014) señalan que en México, la mayoría de los médicos concuerda en que es necesario recibir alguna capacitación, curso o taller referente a técnicas de cómo dar malas noticias, que los preparen para enfrentar esta situación. Pues al entrevistar a médicos sobre las habilidades de comunicación de malas noticias, concuerdan en que es deber del médico tratante, y que mientras pocos médicos se basan en la

experiencia adquirida, los médicos considerados con la jerarquía más pertinente para cumplir esta demanda delegan dicha responsabilidad a un médico de menor rango como estudiantes, internos o residentes, lo que se considera como una grave irresponsabilidad.

A pesar de esta problemática, Instituto Nacional de Cancerología, (INCan, 2019) actualmente en su código de ética solo menciona que:

Se debe proporcionar información a las y los pacientes, a sus familiares, a quien lo tutele y a todos los usuarios del INCAN de manera clara, veraz y oportuna, con mesura, prudencia, calidez, honradez y sinceridad, en el ámbito de su competencia, observando cuidadosamente la responsabilidad de quien deba proporcionar dicha información (p. 22).

Por esta razón, su departamento de cuidados paliativos adaptó el protocolo SPIKES para el manejo de malas noticias, a pesar de que la comunicación no exista en la curricula previa del oncólogo (Ascencio-Huertas et al. 2015; INCan, 2019)

Hasta el día de hoy, indagando los planes de estudio de universidades en nuestro país como la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), la Universidad Autónoma de Nayarit (UAN) y la Universidad de Guadalajara (UDG) se puede observar que no cuentan con una materia específica para capacitar a los estudiantes en habilidades de comunicación de malas noticias, solamente aparecen materias relacionadas a la atención familiar y tanatología como materias optativas, lo que reduce la probabilidad de que los médicos generen habilidades de comunicación y empatía en su formación.

En diferentes revisiones sistemáticas y meta-análisis muestran que las intervenciones para mejorar la comunicación en oncología es efectiva en diferentes áreas de la comunicación, como mejorar el contenido de la información y la identificación de las emociones expresadas por el paciente, sin embargo, falta evidencia respecto a cómo estas intervenciones mejoran variables en el pacientes como el distrés o la satisfacción, ya que algunos estudios no lo consideran y los que lo evalúan no han encontrado efectos. Esto es

importante ya que uno de los objetivos finales de mejorar la comunicación médico-paciente es mejorar el estatus de salud del paciente.

Por esta razón, se hacen la siguiente cuestión dentro de la investigación: ¿cuál es el efecto de la capacitación en la comunicación de malas noticias por médicos y residentes y cuál es la relación con en el distrés de sus pacientes?

### **Justificación de la investigación**

Moseholm et al. (2016), comentan que incluso a partir de que los pacientes se someten a evaluaciones diagnósticas de cáncer, experimentan una alta prevalencia de ansiedad y calidad de vida afectada. Por ejemplo, está comprobado que la ansiedad en hombres que esperan conocer un diagnóstico de cáncer de próstata, aumenta a medida que se acerca a conocer su diagnóstico Dillard, Scherer, Ubel, Alexander y Fagerlin (2017). Por lo tanto, la fase diagnóstica se asocia definitivamente a niveles altos de ansiedad.

Li et al. (2015) comentan, que la mayoría de las mujeres de nacionalidad china recién diagnosticadas con cáncer de mama, tienen síntomas clínicos o depresivos graves, pues mientras los pacientes se involucran emocionalmente con su perspectiva futura, se les pide que tomen decisiones sobre su salud de manera inmediata, teniendo como consecuencia, sentimientos de ansiedad, depresión y nerviosismo (Van, Van, Smets, Bronner, y Nguyen, 2017)

Puerto y Gamba (2015), comentan que cuando existe una comunicación adecuada, le permite al paciente entender con facilidad cuál es su condición, éste se siente más satisfecho con el médico, aumenta la adherencia al tratamiento y el proceso de adaptación a la patología se ve favorecido. Entonces, se busca tener una comunicación efectiva con el paciente pues se ha demostrado que en caso contrario esto afecta negativamente al paciente en sus niveles de distrés, y se determina que existe una alta prevalencia de ansiedad, depresión, trastornos psicológicos y más factores de riesgo que llegan a progresar a trastornos psiquiátricos de adaptación, ansiedad, depresión o estrés postraumático, en pacientes con cáncer diagnosticados recientemente (Cardoso et al. 2016; Geyikci, Cakmak,

Demirkol, y Uguz, 2018; Juárez y Almanza, 2011; Moore, Rivera, Bravo-Soto, Olivares, y Lawrie, 2018)

Por esta razón, investigaciones relacionadas con la entrega malas noticias han creado intervenciones, talleres y capacitaciones en este ámbito, tomando en cuenta que el juego de roles es la forma más factible de impartir estos cursos, pues se tiene resultados eficaces y positivos en los participantes, desarrollando las habilidades de comunicación, entrega de malas noticias y empatía en los profesionales de salud y oncología (Peckler, Park, Gupta, Mandani, y Haubner, 2010; Schildmann, Kupfer, Burchardi, y Vollmann, 2012; Wakefield, Cocksedge, y Boggis, 2006).

También se han realizado intervenciones con el fin de evaluar la factibilidad de capacitación a los médicos con estos protocolos de malas noticias en el diagnóstico de cáncer, como el realizado por Keller, Bernhard, Baile, Zwingmann, y Schmier (2017), donde se obtiene como resultado que la revelación del diagnóstico oncológico aumenta el estado de ansiedad y un efecto negativo en todos los participantes cuando el médico no se encuentra capacitado en este ámbito de comunicación.

Sin embargo, la mayoría de las investigaciones actuales están enfocadas a la intervención en formar habilidades de malas noticias en médicos y la efectividad del mismo, sin evaluar los beneficios para el paciente, como el aumento de la adherencia al tratamiento y la adaptación mejorada o la disminución de niveles de distrés, cambios que deben demostrarse a partir del entrenamiento en habilidades de comunicación (Kissane et al. 2012a).

Tal y como comentan Fujimori, Shirai, Asai, Akizuki, et al. (2014) en una de las limitaciones de su estudio, pues no evaluó el impacto de su programa de entrenamiento en habilidades de comunicación en los pacientes, como el distrés y la saturación de los pacientes y afirman que los esfuerzos futuros de investigación deben evaluar los estos resultados de los pacientes.

Son entonces la falta de capacitación en habilidades de comunicación, aunado a la falta de seguimiento de un protocolo específico de malas noticias en nuestro país, específicamente al brindar el diagnóstico de cáncer, un sesgo importante en el ámbito de salud, y la falta de evidencia científica sobre las repercusiones psicológicas percibida en los niveles de distrés del paciente en este ámbito de comunicación, los motivos que conllevan a la realización de la investigación, a través de una intervención en capacitación de habilidades de malas noticias en médicos y residentes en oncología, basado en las recomendaciones de la ASCO a través de los pasos del protocolo SPIKE, para evaluar la diferencia en niveles de distrés de pacientes que reciben el diagnóstico a través de un médico capacitado o no.

Por tal motivo, la investigación será un gran aporte para el ámbito de la psicología de la salud, descubrir la manera en que influye en el distrés del paciente que el médico se capacite o no en habilidades de comunicación de malas noticias en Nuevo León y Nayarit.

## **Objetivos**

### Generales

- Determinar los efectos de un entrenamiento en comunicación de malas noticias en médicos y residentes del área de oncología comparado con un grupo control en lista de espera y evaluar si existen diferencias en los niveles de distrés entre los pacientes de ambos grupos.

### Específicos

- Determinar la factibilidad de una intervención basada en el protocolo SPIKES y en las recomendaciones de la ASCO para comunicación de malas noticias en oncología.
- Evaluar los efectos de una capacitación en comunicación de malas noticias en oncología basada en el protocolo SPIKES y recomendaciones de la ASCO en médicos y residentes.
- Evaluar si existen diferencias entre los pacientes del grupo experimental y grupo control en los niveles de distrés

## **Hipótesis**

- H1: Existen diferencias en habilidades de comunicación entre médicos y residentes que recibieron la intervención y los que no.
- H0: No existen diferencias en habilidades de comunicación entre médicos y residentes que recibieron la intervención y los que no.
- H1: El entrenamiento en habilidades de comunicación basado en el protocolo SPIKES y ASCO que recibieron los médicos modifica los niveles de distrés de los pacientes que reciben el diagnóstico oncológico.
- H0: El entrenamiento en habilidades de comunicación basado en el protocolo SPIKES y ASCO que recibieron los médicos no modifica los niveles de distrés de los pacientes que reciben el diagnóstico.

## **Limitaciones y delimitaciones**

El presente trabajo se ha desarrollado con la participación voluntaria de médicos, residentes y pacientes del área de oncología del Hospital Metropolitano, Hospital Materno Infantil, la clínica IMSS No. 25 de la ciudad de Monterrey y el Centro Estatal de Cancerología de Nayarit (CECN).

Las limitaciones presentadas en el desarrollo del proyecto han sido diversas, una de ellas es el tiempo de espera de aceptación del protocolo en los hospitales mencionados, siendo hasta de 6 meses. Otra limitación es el tiempo del taller pues la literatura nos menciona que idealmente deben ser 2 sesiones de 3 horas lo cual no se adapta a los horarios del médico, pues en México la carga laboral está desbordada. Por tal razón, resulta bastante complicado adaptar un taller de capacitación a la disponibilidad del médico, teniendo que prolongarse hasta 5 sesiones de 1 hora cada una. Como consecuencia, llega a ser limitante para la práctica de las habilidades de comunicación del médico o residente. Además, la contingencia mundial sobre el COVID-19 limitó la posible y participación por la población en riesgo.

## CAPÍTULO II

### *MARCO TEÓRICO*

#### 2.1. COMUNICACIÓN

##### 2.1.1. Definición de comunicación

Se cree que durante el desarrollo del ser humano, se aprende y adquiere habilidades para relacionarse, lo cual resulta en un proceso de comunicación. Además, se cataloga como un elemento básico de la interacción humana pues se considera que la comunicación es un proceso para comprender y compartir el significado de algo, ya que permite a las personas establecer, mantener y mejorar relaciones interpersonales, así como participar en el conocimiento de uno mismo. Es vista también como una habilidad, y una forma de mostrar la personalidad dentro de una relación ( González y González, 2016; Petra-Micu, 2012).

El intercambio de información es una de las condiciones primordiales y básicas para un funcionamiento correcto en una sociedad, la comunicación eficiente entre personas desempeña un papel importante en la vida porque es un elemento crucial de cooperación y convivencia pues es el proceso mediante el cual se puede transmitir información de una entidad a otra (Pacian, Kulik, Goniewicz, Kowalska, y Pacian, 2014) .

Entre los diversos conceptos de comunicación se encuentra el de “competencia comunicativa” que se define como: “el conjunto de conocimientos y destrezas/habilidades (lingüísticos, discursivos, socioculturales y estratégicos) que permiten la actuación eficaz y adecuada del hablante en una situación concreta de comunicación” (Arteaga, 2014, p. 14).

Según Bayona, (2018), las formas de comunicación pueden agruparse en dos categorías:

- La comunicación verbal: Son las palabras o tono de voz que utilizamos, las cuales pueden darse de dos formas:
  - Oral: palabras habladas.
  - Escrita: símbolos y signos.

- La comunicación no verbal: Hace referencia diferentes modos como el contacto visual, los gestos faciales, los movimientos de brazos y manos o la postura y distancia corporal.

Asimismo, Petra-Micu (2012) expone los diferentes tipos de comunicación dentro del área de salud:

- Comunicación oral o verbal: Se refiere al uso del lenguaje con terminología médica o informal, sirve para ofrecer una información clara de deseos, necesidades, percepciones, conocimientos y estados afectivos y se compone de las siguientes características:
  - o La precisión.
  - o La eficiencia.
  - o El apoyo.
- Comunicación paraverbal: Puede incluir la cualidad de la voz, sonidos agudos o graves, volumen, entonación y estilo de hablar.
- Comunicación no verbal: refiriéndose a la comunicación a través de señales, incluyendo gestos, tacto, lenguaje corporal o postura, expresión facial y contacto visual, y posee los tres elementos siguientes:
  1. Ambiental: se refiere a las condiciones en que la comunicación se lleva a cabo.
  2. Las características físicas de los interlocutores.
  3. La conducta de los comunicadores durante la interacción.
- Comunicación escrita: Conlleva elementos no verbales expresados a través de la escritura, el espacio de las palabras, la distribución en una página y además la caligrafía. Por otra parte, se incorpora cada vez más la comunicación electrónica entre médicos y pacientes.

#### 2.1.2. Modelos de comunicación

Traverso, Williams, y Palacios (2017), explican el modelo de Shannon y Weaver donde la comunicación es un proceso lineal y sencillo, el cual se centra en un proceso específico:

1. El inicio se da cuando el individuo realiza la selección del mensaje de un conjunto de mensajes posibles.
2. Posteriormente lo codifica y lo transforma en una señal que cuente con la capacidad de ser transmitida.
3. Una vez que la señal ha llegado al receptor, éste procede a la decodificación.
4. El destino recibe el mensaje reconstruido.

Las partes explicativas del proceso de comunicación según este modelo son:

- Transmisor: Es el que transmite o puede transmitir.
- Canal: Es el medio físico que permite la transmisión de la señal desde el transmisor hasta el receptor.
- Fuente de ruido: son los elementos que no fueron adicionados intencionalmente por la fuente del mensaje, también llamados distorsiones.
- Receptor: Se refiere al que recibirá una señal.
- Destino: Es el ente final al que estaba dirigido el mensaje. En la comunicación interpersonal, la del receptor y el destino serán el destinatario.

Además, el modelo considera tres niveles de problemas:

- Nivel “A” Problemas técnicos: es la interrupción por un equipo electrónico utilizado en la comunicación verbal o visual.
- Nivel “B” Problemas semánticos: la distorsión del significado de la información, que a pesar de no ser intencional afectan al mensaje en su destino.
- Nivel “C” Problemas de efectividad: el mensaje tuvo éxito al ser entendido correctamente, se logró el objetivo que se quería comunicar.

Por otra parte, Street, Spears, Madrid, y Mazor, (2018) identifican 6 elementos críticos de comunicación para lograr el cuidado centrado en el paciente con cáncer:

- Intercambiando información de manera efectiva.
- Fomentar relaciones de curación.
- Responder a las emociones.
- Tomar decisiones de calidad.

- Gestionar la incertidumbre.
- Permitir el autocuidado.

Además, los autores comentan que las complicaciones en la comunicación se pueden analizar en dos aspectos a través del modelo funcional de comunicación centrada en el paciente del National Cancer Institution (NCI).

- Primero, los problemas de comunicación pueden ser de comisión, como proporcionar información confusa, falta de respeto, falta de atención a las inquietudes del paciente o pueden ser fallas de omisión, como proporcionar información insuficiente, retrasos en la respuesta etc.
- En segundo lugar, la comunicación también se ve afectada por la forma en que los pacientes interactúan con la organización de atención de salud, como retrasos en los resultados de las pruebas, dificultad para contactar al especialista apropiado, etcétera

Asimismo, Emmanuel y Emmanuel (1992, citado en Aires, Juan, y Virizuela, 2012) nos explican la comparación de 4 modelos en la relación médico – paciente:

- A. Paternalista: En este modelo el médico asume el papel principal y lleva el peso tanto de la relación como de las decisiones excluyendo al paciente. Se considera una relación vertical entre una persona sin conocimientos acerca de medicina o salud y que padece algún malestar a comparación de la otra parte donde se posee las herramientas necesarias para solucionar y/o aliviar. Por lo tanto, está en las obligaciones del médico asegurarse que el paciente recibe los tratamientos necesarios, por lo que hará propuestas firmes y cerradas para que recupere su salud, sin explicar acerca de la enfermedad, implicaciones o efectos secundarios de los tratamientos. En este modelo, el médico actúa con autoridad y decide lo que es mejor, por lo tanto, la generosidad parte del médico ya que se considera que el paciente no está capacitado para decidir correctamente a tal punto que puede llegar a sobrepasar los intereses del paciente, quedando su autonomía pospuesta a otro momento que el médico considere mejor.
- B. Informativo: En este modelo el médico facilita al paciente la información diagnóstica y terapéutica suficiente para que éste pueda decidir la dirección más

conveniente para su salud y bienestar. Para ello, el médico comparte sus conocimientos con el fin de facilitar la toma de decisiones por parte del paciente, tratando de minimizar la incertidumbre que se genera en este tipo de situaciones. En consecuencia, la autonomía es total sobre la toma de decisiones médicas, una vez tenga la información correspondiente.

- C. Interpretativo: Los autores exponen que en el modelo interpretativo la interacción médico-paciente se centra en distinguir los valores del paciente y lo que quiere en realidad, para así ayudar al paciente a seleccionar las opciones médicas disponibles en función de sus valores. Para cumplir dicho objetivo, el médico se convierte en asesor, ofreciendo explicaciones acerca de la enfermedad, los riesgos y los beneficios de las posibles estrategias terapéuticas que se puedan llevar a cabo. En este modelo, no es responsabilidad del médico juzgar los valores del paciente, sino ayudarlo a comprender para que el paciente pueda determinar la elección que más sea de su interés en función de los valores interpretados.
- D. Deliberativo: En este caso el médico influye en la clarificación y elección de los valores del paciente que se encuentra en situación clínica. Para llegar a esto, el médico se convierte en guía de las elecciones, informa de las alternativas disponibles, sin manipular, analiza la información de la situación clínica del paciente, dialogando sobre los beneficios y riesgos de las alternativas terapéuticas, mientras el paciente expone sus valores y comunica sus preferencias y opiniones hacia esas opciones. Por lo tanto, se considera un modelo dinámico. Así, en este modelo los autores toman en cuenta la autonomía del paciente contemplando no solo la información, la competencia y la libertad del paciente, sino la capacidad de éste para elegir por su propio criterio y preferencias y con los que propone el médico. Este aspecto cobra especial relevancia en el tratamiento del cáncer, donde el éxito de las terapias puede depender en gran medida de la comprensión y valoración que el paciente haga de las diferentes opciones de tratamiento.

Emmanuel y Emmanuel (1992, citado en Aires, Juan, y Virizuela, 2012) hacen una comparación de los 4 modelos con base en sus diferentes características en la Tabla 1:

**Tabla 1.**

*Comparación de modelos de comunicación en medicina en función de valores del paciente, obligaciones del médico, concepción de autonomía de los pacientes y del rol del médico.*

	<b>Paternalista</b>	<b>informativo</b>	<b>interpretativo</b>	<b>deliberativo</b>
<b>Valores del paciente</b>	Objetivos y compartidos por el médico y el paciente.	Definidos, fijos y conocidos por el paciente.	Vagos y controvertidos que requieren aclaración.	Abiertos al cambio y revisión a través de la discusión moral.
<b>Obligaciones del médico</b>	Promocionar el bienestar del paciente indispensablemente de las preferencias del paciente.	Proporcional información de los hechos relevantes y llevar a cabo la intervención seleccionada del paciente.	Dilucidar e interpretar los valores relevantes del paciente, así como informar y realizar la intervención seleccionada del paciente.	Articular y persuadir al paciente de los valores más admirables, así como informar y realizar la intervención seleccionada del paciente.
<b>Concepción de la autonomía de los pacientes</b>	Acorde con valores objetivos.	Elegida y controlada por el paciente conforme a la información médica.	Autocomprensiva acorde a la asistencia médica.	Autodesarrollo moral acorde a la asistencia médica.
<b>Concepción del rol del médico</b>	Protector o guardia.	Experto competente técnico.	Consejero.	Amigo o maestro.

Nota: Fuente: Aires, M., Juan, G., y Virizuela, A. (2012). Los Modelos De Relación Terapéutica. *Cuadernos Monográficos de Psicobioquímica*, 1, 53–64.

De esta manera, podemos observar que los modelos de comunicación médica pueden ser variados, algunos apostando a la autonomía y escucha activa de las decisiones del paciente y otras, contrariamente desarrollando un papel totalmente autoritario y pasando por alto las preferencias del paciente.

### 2.1.3. Comunicación en el área médica

La comunicación en el área médica, específicamente en la relación médico – paciente es un área descuidada ya que estas habilidades muy pocas veces se practican en la formación universitaria. Actualmente la comunicación de malas noticias comienza a tomar más relevancia, pues no es un tema sencillo si no se tienen recursos ni herramientas para afrontar estas situaciones, es un tema complicado, y por esta razón Petra-Micu (2012) explica que la comunicación en la relación médico-paciente es considerada un fenómeno multidisciplinario, multimetodológico y multidimensional.

- Es multidisciplinaria porque requiere de la lingüística, la psicología y la pedagogía.
- Multimetodológica porque necesita una adaptación y acercamientos a la comunicación de acuerdo con el paciente y la situación en que se encuentra.
- Multidimensional por que abarca desde la comunicación verbal, no verbal, paraverbal, y escrita.

Debido a esto, en el campo de las ciencias de la salud, la comunicación es vista como una competencia fundamental para abordar situaciones que rodean al paciente como los síntomas, sus problemas y preocupaciones. Se sabe que cuando la comunicación es abordada de manera eficiente, tiene consecuencias positivas como:

- Facilitar el apego al tratamiento, el cual según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es “el grado en que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”
- Facilita la promoción de la salud.
- Existe una mayor satisfacción del paciente.
- Disminuye el riesgo de una negligencia médica.
- Mejora la satisfacción del médico ( Forguione-Pérez, 2015; Petra-Micu, 2012).

Es por esto que se debe hacer hincapié que la comunicación es una habilidad compleja, compuesta por conductas verbales y no verbales, y se sugiere que debería ser desarrollado desde los primeros años de formación hasta especialidades y posgrados, por sus múltiples beneficios observados en la práctica clínica.

A través del tiempo, debido a la deficiencia de la práctica de estas habilidades, han surgido diversas controversias asociadas a la comunicación en medicina. Desde los años 90, el Consenso de Toronto concluyó que había suficiente evidencia para probar que existen problemas en la comunicación de la relación médico – paciente. Se constató que la forma en que el mensaje se transmite es clave en el proceso de salud y dicho fenómeno ha sido estudiado por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), en donde la falta de comunicación efectiva es una de las quejas más frecuentes que se reciben (Petra-Micu, 2012).

Un ejemplo de tal hecho es el de Rivera-Cisneros et al. (2003), pues comentan que en México, los reportes del CONAMED, indican que gran parte de las problemáticas atendidas en esa organización pudieron prevenirse con una mejora en la comunicación en la relación médico-paciente. Asimismo, los autores mencionan que las carencias comunicativas de los alumnos de medicina tienen su origen en la ausencia de materias en las universidades, ya que haciendo una revisión en los programas curriculares de las escuelas y facultades de medicina del país, no encontraron materias formales u optativas que abordaran el tema de comunicación, limitando el aprendizaje a la experiencia que tienen con los profesores, los médicos en las clínicas y a los contenidos limitados del aprendizaje de la entrevista clínica.

Además de la falta de formación al respecto, es primordial destacar los obstáculos de comunicación dentro de la relación médico-paciente. Forguione-pérez, (2015) afirma que los principales inconvenientes dentro de la práctica de los médicos son:

- El poco tiempo de consulta.
- La carga de trabajo.
- Afrontar la ansiedad y miedo del paciente.
- Miedo al abuso físico o verbal.
- Las expectativas poco realistas de los pacientes.

- El temor a las demandas.
- La resistencia del paciente al cambio.

Se entiende entonces que además de la falta de entrenamiento en habilidades de comunicación de malas noticias, calidad de esta y de la relación médico – paciente se ve afectada por los obstáculos propios del contexto de salud.

## **2.2. MALAS NOTICIAS**

### **2.2.1. Definición de Malas noticias.**

Las malas noticias se pueden definir como aquella información que genera una percepción negativa en las expectativas presentes o futuras de la persona (Baile, Buckman, Lenzi, Globber, Beale, 2000), o como Robert Buckman (citado en Baghdari, Rad, y Sabzevari, 2017) define las malas noticias: "cualquier información que afecte adversa y seriamente la visión de un individuo sobre su futuro" (p. 138). Basándonos en este concepto se entiende que lo “malo” de la noticia depende de la perspectiva del paciente en relación con su futuro (Alves, 2003; Zhao et al. 2018).

Por esta razón, es que la categoría de malas noticias debe ser otorgada fundamentalmente por quien la sufre, ya que no se puede determinar el impacto de las malas noticias hasta que se hayan previsto las expectativas o el entendimiento del individuo que las recibe (Ayarra y Lizarraga, 2001; Baile, Buckman, Lenzi, Globber, Beale, 2000).

Carrillo, Contreras, Remolina, y Ramírez, (2007), comentan que la percepción de la mala noticia dependerá de ciertos aspectos como:

- La personalidad del individuo.
- Creencias religiosas.
- Apoyo familiar percibido.
- Contexto sociocultural.
- Naturaleza de la noticia por sí misma.

El autor comenta que en ocasiones el impacto de la noticia tiene que ver más con la imprudencia o la elección incorrecta del lenguaje, aunado esto a poca empatía y a la progresiva despersonalización del médico y el personal de salud, entonces el resultado de

esta mala noticia, puede ser una perturbación emocional o conductual que puede perdurar a través del tiempo.

Sin embargo, desde el punto de vista de Núñez, Marco, Burillo-Putze, y Ojeda (2006), cualquier información negativa sobre el estado de salud constituye una mala noticia, a pesar de ello, esta comunicación no puede ser llevada a cabo por psicólogos u otros profesionales entrenados en la información, porque el médico está obligado por ley y es el único que puede transmitir a detalle los cuidados realizados al paciente e informar con la empatía necesaria para confortar a la familia.

#### 2.2.2. Protocolos de malas noticias

Existen diversas técnicas publicadas para dar malas noticias como:

- ABCDE de Rabow y McPhee
- El modelo SPIKES de seis pasos de Buckman (Guillén-López y Olascoaga-Mesía, 2017).
- La guía de comunicación efectiva en oncología de la American Society of Clinical Oncology (ASCO).

##### 2.2.2.1. Protocolo ABCDE

La comunicación correcta de malas noticias en medicina es uno de los retos más importantes en la vida profesional del médico (Flores-Funes, Aguilar-Jiménez, Lirón-Ruiz, y Aguayo-Albasini, 2018), por esta razón existen protocolos o guías para aprender o capacitarse en este ámbito, tal como el modelo de ABCDE descrito por Rabow et al. (1999):

#### A. Preparación anticipada:

- Preguntar lo que el paciente ya sabe y entiende.
- Contar con la presencia de una persona de apoyo y familia apropiada.
- Organice una hora y un lugar que no se vean afectados (señal de alerta).
- Preparar emocionalmente.
- Decida qué palabras y frases usar (escriba un guion).
- Practicar la entrega de las noticias.

#### B. Construir un ambiente / relación terapéutica:

- Seleccionar un lugar privado y tranquilo sin interrupciones.
  - Proporcionar asientos adecuados para todos.
  - Sentarse lo suficientemente cerca para tocar empáticamente si es apropiado.
  - Fomentar tranquilidad sobre el dolor, el sufrimiento, el abandono.
- C. Comunicarse bien:
- Ser directo ("Lo siento, tengo malas noticias")
  - No utilizar eufemismos, jerga, acrónimos.
  - Decir "cáncer" o "muerte".
  - Permitir el silencio.
  - Usar el tacto adecuadamente.
  - Pedir al paciente que repita su comprensión de las noticias.
  - Organizar reuniones adicionales.
  - Utilizar repeticiones y explicaciones escritas o recordatorios.
- D. Hacer frente a las reacciones de los pacientes y familiares.
- Evaluar la reacción del paciente.
    - Respuestas fisiológicas: huida / lucha, conservación / retirada.
    - Estrategias cognitivas de afrontamiento: negación, culpa, intelectualización, incredulidad, aceptación.
    - Respuestas afectivas: ira / rabia, miedo / terror, ansiedad, impotencia, desesperanza, vergüenza, alivio, culpa, tristeza, dolor anticipado.
  - Escuchar activamente, explorar sentimientos, expresar empatía.
- E. Fomentar y validar emociones (reflejar emociones posteriores)
- Corregir las distorsiones.
  - Ofrecer a los demás en nombre del paciente.
  - Evaluar los efectos de la noticia.
  - Explorar qué significa la noticia para el paciente.
  - Abordar las necesidades adicionales, determinar los planes inmediatos y a corto plazo del paciente, evaluar el suicidio.
  - Hacer referencias apropiadas para más apoyo.
  - Proporcionar materiales escritos.

- Organizar el seguimiento.
- Procesa tus propios sentimientos.

#### 2.2.2.2. Protocolo SPIKES

La mayoría de los médicos no siguen una metodología específica o no tienen una adecuada formación en comunicar malas noticias, a lo que se suma que no todos tienen la misma capacidad empática y de comunicación. Es por esto que Baile et al. (citado en Flores-Funez et al. 2015) en el año 2000, desarrollaron un protocolo de 6 pasos para la comunicación de malas noticias, al que nombraron SPIKES.

Dicho protocolo es una herramienta útil para conocer y recordar todos los aspectos a tener en cuenta al dar malas noticias, pues este protocolo es una forma organizada de transmitir las a los pacientes y sus familias, ya que tiene un enfoque gradual para conversaciones difíciles como al dar el diagnóstico de cáncer o cuando las opciones de tratamiento no responden (Azadi, Abdekhoda, y Habibi, 2019).

Los pasos del protocolo SPIKES son los siguientes:

- Setting up the interview (configurando el entorno para la entrevista):
  - Cree un poco de privacidad: Lo ideal es contar con un consultorio o una sala de entrevista, pero, si no hay una disponible, corra las cortinas alrededor de la cama del paciente. Puede acompañar la entrevista con pañuelos en caso de que el paciente muestre emociones como tristeza.
  - Involucre a otras personas importantes. La mayoría de los pacientes desean tener a alguien más con ellos, pero esta debe ser una elección del paciente. Cuando haya muchos miembros de la familia, pídale al paciente que elija uno o dos representantes de la familia.
  - Adopta una postura relajada. Sentarse relaja al paciente y también es una señal de que no se apresurará. Cuando se siente, trate de no tener barreras entre usted y el paciente. Si ha examinado al paciente recientemente, déjelo vestirse antes de la conversación.
  - Establecer conexión con el paciente. Mantener el contacto visual puede resultar incómodo, pero es una forma importante de establecer una buena

relación. Tocar al paciente en el brazo o sostener una mano (si el paciente se siente cómodo con esto) es otra forma de lograrlo.

- Gestionar las limitaciones de tiempo y las interrupciones. Informe al paciente sobre las limitaciones de tiempo que pueda tener o las interrupciones que espera. Configure su teléfono o celular en silencio o pídale a un colega que los responda.
- Assessing the patient's Perception (indagando la percepción del paciente):
  - Los pasos 2 y 3 de SPIKES son puntos de la entrevista en los que implementa el axioma "antes de decir, pregunte". Es decir, antes de discutir los hallazgos, el médico utiliza preguntas abiertas para crear una imagen de cómo el paciente percibe la situación médica como qué es y si es grave o no. Por ejemplo, "¿Qué le han dicho sobre su situación médica hasta ahora?" o "¿Cuál es su comprensión de las razones por las que hicimos la resonancia magnética?". Basándose en esta información, se puede corregir la información errónea y adaptar las malas noticias a lo que el paciente comprende. También puede determinar si el paciente está en alguna etapa como negación de la enfermedad: ilusiones, omisión de detalles médicos esenciales pero desfavorables de la enfermedad o expectativas poco realistas de tratamiento.
- Obtaining the patient's Invitation (invitando al paciente):
  - La mayoría de los pacientes expresan el deseo de obtener información completa sobre su diagnóstico, pronóstico y detalles de su enfermedad, sin embargo, algunos pacientes no lo hacen. Cuando un médico escucha a un paciente expresar explícitamente un deseo de información, puede disminuir la ansiedad asociada con la divulgación de las malas noticias. Asimismo, evitar la información es un mecanismo de afrontamiento psicológico válido y es más probable que se manifieste a medida que la enfermedad se agrava. Algunos ejemplos de preguntas que se le hacen al paciente serían: "¿Cómo le gustaría que le brinde la información sobre los resultados de la prueba? ¿Le gustaría que le brinde toda la información o esboce los resultados y dedique más tiempo a discutir el plan de tratamiento?". Si los pacientes no quieren conocer

los detalles, ofrezca responder cualquier pregunta que puedan tener en el futuro o hablar con un familiar o amigo.

- Giving Knowledge and information to the patient (brindando la información al paciente):
  - Advertir al paciente de la llegada de malas noticias puede reducir el impacto consecuente a la divulgación de malas noticias y puede facilitar el procesamiento de la información. Algunos ejemplos de frases que se pueden utilizar son: "Desafortunadamente, tengo malas noticias que contarte" o "Lamento decirte eso ...". El diálogo médico-paciente, puede mejorarse con unas pocas pautas simples:
    - Primero, comience en el nivel de comprensión y vocabulario del paciente.
    - En segundo lugar, intente utilizar palabras no técnicas como "propagación" en lugar de "metástasis" y "muestra de tejido" en lugar de "biopsia".
    - En tercer lugar, evite la franqueza excesiva (p. Ej., "Tiene un cáncer muy grave y, a menos que reciba tratamiento inmediatamente, va a morir"), ya que es probable que deje al paciente aislado, enojado o con tendencia a culpar al mensajero de las malas noticias.
    - En cuarto lugar, proporcione información en pequeños fragmentos y compruebe periódicamente la comprensión del paciente.
    - Quinto, cuando el pronóstico sea malo, evite usar frases como "No hay nada más que podamos hacer por usted". Esta actitud es incompatible con el hecho de que los pacientes suelen tener otros objetivos terapéuticos importantes, como un buen control del dolor y el alivio de los síntomas.
- Addressing the patient's Emotions with empathic responses:
  - Responder a las emociones del paciente es uno de los desafíos más difíciles de dar malas noticias. Las reacciones emocionales de los pacientes pueden variar desde el silencio hasta la incredulidad, el llanto, la negación o la ira.

Cuando los pacientes reciben malas noticias, su reacción emocional suele ser una expresión de conmoción, aislamiento y dolor. En esta situación, el médico puede ofrecer apoyo y solidaridad al paciente dando una respuesta empática.

Una respuesta empática consta de cuatro pasos:

- Primero, observe si hay alguna emoción por parte del paciente. Esto puede ser llanto, una mirada de tristeza, silencio o conmoción.
- En segundo lugar, identifique la emoción experimentada por el paciente nombrándola a sí mismo. Si un paciente parece triste, pero está en silencio, utilice preguntas abiertas para preguntarle al paciente qué está pensando o sintiendo.
- En tercer lugar, identifique el motivo de la emoción. Esto suele estar relacionado con las malas noticias. Sin embargo, si no está seguro, vuelva a preguntarle al paciente.
- Cuarto, después de haberle dado al paciente un breve período de tiempo para que exprese sus sentimientos, hágale saber que ha conectado la emoción con el motivo de la emoción haciendo una declaración de conexión. Un ejemplo:
  - Doctor: Lamento decirle que la radiografía muestra que la quimioterapia no parece estar funcionando [pausa]. Desafortunadamente, el tumor ha crecido un poco.
  - Paciente: ¡He tenido miedo de esto! [Llora].
  - Doctor: [Acerca su silla, ofrece al paciente un tejido y hace una pausa.] Sé que esto no es lo que querías oír. Ojalá las noticias fueran mejores.

Baile et al. (2000) Indican que, en el diálogo anterior, el médico observó al paciente llorando y se dio cuenta que la razón era por la mala noticia. También podría haber tocado el brazo o la mano de la paciente si ambos se sintieran cómodos y se detuvieron un momento para permitirle recuperar la compostura. Le hizo saber a la paciente que entendía por qué estaba molesta al hacer una

declaración que reflejaba su comprensión. Si la emoción no disminuye en breve, es útil continuar dando respuestas empáticas hasta que el paciente se calme. Los médicos también pueden utilizar respuestas empáticas para reconocer su propia tristeza y pueden mostrar una respuesta empática con una declaración de validación que le permite al paciente saber que sus sentimientos son legítimos, como los ejemplos plasmados en la Tabla 2.

**Tabla 2.**

*Ejemplos de respuestas empáticas, exploratorias y de validación para el paso E.*

<b>Diálogos empáticos</b>	<b>Preguntas exploratorias</b>	<b>Respuesta de validación</b>
Puedo ver qué molesto es esto para ti.	¿A qué se refiere?	Puedo entender por qué se siente de esa manera.
Puedo decirle que no esperaba escuchar esto.	Cuénteme más sobre eso.	Puedo suponer que otros tendrían la misma reacción.
Sé que estas no son buenas noticias para usted.	¿Podría explicarme a qué se refiere?	Usted está correcta al pensar de esta manera.
Esto también es muy difícil para mí.	¿Podría decirme qué le preocupa sobre esto?	Parece que usted ha manejado esto muy bien.
También estaba esperando unos mejores resultados.	Ahora, usted comentó que estaba preocupado (a) por sus hijos, cuente más.	Muchos otros pacientes han experimentado algo similar.

Nota: Fuente: Baile, W., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E., y A., K. (2000).

SPIKES — A Six-Step Protocol for Delivering Bad News : Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*, 5, 302–311.

- Strategy and Summary:

- Los pacientes que tienen un plan claro para el futuro tienen menos probabilidades de sentirse ansiosos e inseguros. Antes de discutir un plan de tratamiento, es importante preguntar a los pacientes si están listos en ese momento para tal discusión. Además, presentar las opciones de tratamiento a los pacientes no sólo es un mandato legal en algunos casos, sino que

establecerá la percepción de que el médico considera que sus deseos son importantes. Compartir la responsabilidad de la toma de decisiones con el paciente también puede reducir cualquier sensación de fracaso por parte del médico cuando el tratamiento no tiene éxito y evitará que el paciente tenga un malentendido sobre la eficacia o el propósito del tratamiento.

Los médicos a menudo se sienten muy incómodos cuando deben discutir el pronóstico y las opciones de tratamiento con el paciente si la información es desfavorable. Estas discusiones difíciles pueden facilitarse en gran medida utilizando varias estrategias.

- En primer lugar, muchos pacientes ya tienen alguna idea de la gravedad de su enfermedad y de las limitaciones del tratamiento, pero temen mencionarlo o preguntar sobre los resultados, entonces el explorar el conocimiento, las expectativas y las esperanzas del paciente (paso 2 de SPIKES) permitirá al médico comprender dónde está el paciente y comenzar la discusión desde ese punto. Los pacientes pueden ver la cura como una solución global para varios problemas diferentes que son importantes para ellos como la pérdida de un trabajo, la incapacidad de cuidar a la familia, el dolor y el sufrimiento, las dificultades de otros o la movilidad reducida, entonces, expresar estos temores e inquietudes a menudo le permitirá al paciente reconocer la gravedad de su condición.
- En segundo lugar, comprender las importantes metas específicas que tienen muchos pacientes, como el control de los síntomas, y asegurarse de que reciban el mejor tratamiento posible y la continuidad de la atención permitirá al médico enmarcar la esperanza en términos de lo que es posible lograr. Esto puede resultar muy tranquilizador para los pacientes (Baile et al. 2000).

### 2.2.2.3. Guía de comunicación efectiva en oncología de la American Society of Clinical Oncology (ASCO).

Además, está la guía de comunicación efectiva en oncología realizada por la American Society of Clinical Oncology (ASCO), la cual esta descrita de la siguiente manera:

- Habilidades básicas de comunicación (Tipo de recomendación: consenso formal; fuerza de la recomendación: fuerte).
  - Antes de cada conversación, los médicos deben revisar la información médica del paciente, establecer objetivos para la conversación y anticipar las necesidades y respuestas del paciente y su familia.
  - Al comienzo de las conversaciones con los pacientes, los médicos deben explorar la comprensión del paciente sobre su enfermedad y establecer conjuntamente una agenda con el paciente después de preguntar qué desean abordar el paciente y su familia y explicar lo que el clínico desea abordar.
  - Durante las visitas de los pacientes, los médicos deben participar en comportamientos que fomenten activamente la confianza, la confianza en el médico y la colaboración.
  - Los médicos deben proporcionar información oportuna y orientada a las inquietudes y preferencias de información del paciente. Después de proporcionar información, los médicos deben verificar la comprensión del paciente y documentar las discusiones importantes en la historia clínica.
  - Cuando los pacientes muestran emoción a través del comportamiento verbal o no verbal, los médicos deben responder con empatía.
- Discutir los objetivos de atención y pronóstico (Tipo de recomendación: consenso formal; Fuerza de la recomendación: fuerte).
  - Los médicos deben proporcionar información de diagnóstico y pronóstico que se adapte a las necesidades del paciente y que proporcione esperanza y tranquilidad sin engañar al paciente.

- Los médicos deben reevaluar los objetivos, las prioridades y el deseo de información del paciente cada vez que se considere un cambio significativo en la atención del paciente.
- Los médicos deben proporcionar información en términos simples y directos.
- Al brindar malas noticias, los médicos deben tomar medidas adicionales para abordar las necesidades y respuestas de los pacientes.
- Discutir las opciones de tratamiento y los ensayos clínicos (Tipo de recomendación: consenso formal; Fuerza de la recomendación: fuerte).
  - Antes de discutir opciones de tratamiento específicas con el paciente, los médicos deben aclarar los objetivos del tratamiento (curación / prolongación de la supervivencia / mejora de la calidad de vida) para que el paciente comprenda los resultados probables y pueda relacionar los objetivos del tratamiento con sus objetivos de atención.
  - Al revisar las opciones de tratamiento con los pacientes, los médicos deben proporcionar información sobre los beneficios y las cargas potenciales de cualquier tratamiento (proporcionalidad) y verificar la comprensión del paciente sobre estos beneficios y cargas.
  - Los médicos deben analizar las opciones de tratamiento de una manera que mantenga la esperanza del paciente, promueva la autonomía y facilite la comprensión.
  - Los médicos deben informar a los pacientes sobre todas las opciones de tratamiento, incluidos los ensayos clínicos y un enfoque exclusivo en los cuidados paliativos. Cuando sea apropiado, los médicos deben analizar la opción de iniciar los cuidados paliativos simultáneamente con otras modalidades de tratamiento. Si hay ensayos clínicos disponibles, los médicos deben comenzar las discusiones sobre el tratamiento con los tratamientos estándar disponibles fuera del ensayo y luego pasar a una discusión sobre los ensayos clínicos aplicables si el paciente está interesado.
- Discutir la atención al final de la vida.

- Los médicos deben utilizar un enfoque de dos vías para la atención al final de la vida con pacientes y familiares.
- Los médicos deben iniciar conversaciones sobre las preferencias de los pacientes al final de su vida tempranamente en el curso incurable de la enfermedad y volver a abordar este tema periódicamente en función de los eventos clínicos o las preferencias de los pacientes.
- Los médicos deben explorar cómo la cultura, la religión o el sistema de creencias espirituales de un paciente afectan su toma de decisiones al final de su vida o sus preferencias de atención.
- Los médicos deben reconocer y responder con empatía al dolor entre los pacientes, las familias y ellos mismos. Los clínicos deben remitir a los pacientes y sus familias a los miembros del equipo psicosocial (por ejemplo, trabajadores sociales, consejeros, psicólogos, psiquiatras y clérigos) cuando sea apropiado.
- Los médicos deben identificar y sugerir recursos locales para brindar un apoyo sólido a los pacientes, familias y seres queridos que están en transición hacia la atención al final de la vida.
- Usar la comunicación para facilitar la participación de la familia en la atención.
  - Los médicos deben echar un vistazo al tema y discutirlo con el paciente.
  - Determine si una reunión familiar formal en un hospital o en un entorno ambulatorio está indicada en coyunturas importantes en la atención. Cuando sea posible, asegúrese de que los pacientes, sus sustitutos designados y los profesionales médicos deseados estén presentes.
- Comunicación efectiva cuando existe una barrera para la comunicación (Tipo de recomendación: consenso formal; Fuerza de la recomendación: fuerte)
  - Para las familias que no comparten un idioma común con el clínico, use un intérprete médico en lugar de un intérprete familiar.
  - Para pacientes con baja alfabetización en salud, concéntrese en los puntos más importantes, use un lenguaje sencillo y verifique con frecuencia para comprender.

- Para los pacientes con baja aritmética de la salud, el uso de pictografías u otras ayudas visuales cuando estén disponibles, y el riesgo absoluto en lugar del riesgo relativo.
- Discutir el costo de la atención
  - Los médicos deben explorar si están o no preocupados por el cáncer.
- Satisfacer las necesidades de las poblaciones desatendidas (Tipo de recomendación: consenso formal; Fuerza de la recomendación: fuerte).
  - Ingrese a encuentros clínicos con un sentido de curiosidad, consciente de que cualquier paciente y familia, independientemente de sus antecedentes, pueden tener creencias, experiencias, entendimientos y expectativas que son diferentes de los del clínico.
  - Orientación sexual y orientación sexual y lenguaje sin prejuicios cuando se habla de sexualidad y comportamiento sexual.
  - Tenga en cuenta que los miembros de las poblaciones marginadas o marginadas tienen una mayor probabilidad de haber tenido experiencias negativas en el cuidado de la salud en el pasado, que incluyen sentirse irrespetados, alienados o inseguros.
- Capacitación del clínico en habilidades de comunicación (calidad de la evidencia: intermedia: fortaleza de la recomendación).
  - La capacitación en habilidades de comunicación debe basarse en el sonido y aprendizaje experimental utilizando escenarios de juego de roles, observación directa de encuentros con pacientes y otras técnicas validadas.
  - Para una comunicación más efectiva, es necesario promover la autoconciencia y la conciencia situacional relacionada con las emociones, actitudes y creencias subyacentes que pueden afectar la comunicación y la toma de decisiones.
  - Facilitadores de la capacitación en habilidades de comunicación y la necesidad de capacitación y experiencia efectivas (Gilligan et al. 2017).

### 2.2.3. Capacitación de los médicos en malas noticias.

Los médicos están preparados mayormente para llevar un manejo clínico de la salud, debido a que las universidades tienen dicha tendencia de enseñanza, contemplando una actividad de manera asistencial lo que resulta un mejor desenvolvimiento dentro del ámbito científico-técnico (Bardales, 2008).

La habilidad de comunicación de malas noticias idealmente debería desarrollarse durante la formación, al mismo tiempo que se adquieren las habilidades clínicas de realizar exámenes físicos o juicios clínicos, ya que está comprobado que estas habilidades contribuyen de forma importante a conseguir mejores resultados en la salud física, mental, funcional y subjetiva en el nivel de satisfacción de pacientes y familiares, en el cumplimiento de los tratamientos, en la eficiencia clínica y en la disminución del número de exámenes complementarios (Hernández y Trujillo, 2009; Ruiz et al. 2017).

Por otro lado, la dificultad de los médicos en comunicar malas noticias, según la psiquiatra Kübler-Ross (citada en Ayarra y Lizarraga, 2001), se asocia a que los profesionales sanitarios se distancian de sus pacientes por su propio miedo a morir y para protegerse de la frustración o impotencia, sin embargo Hernández y Trujillo, (2009) comentan que se debe al temor de la reacción del enfermo y/o la familia y a una deficiente formación y entrenamiento en este sentido, ya que el tiempo dedicado a la enseñanza de la comunicación es poca pues algunas universidades le dedican menos del 5% del currículo y en las residencias, éste se reduce aún más. La realidad es que esta formación se basa en la imitación de experiencias de otros médicos con mayor experiencia y el ensayo - error, por esta razón, los autores afirman que el 90% afirman tener una deficiencia en este ámbito.

Rabow et al. (1999) se preguntan “¿Cómo pueden los médicos brindar apoyo y cómo pueden ayudar a mejorar el sufrimiento?” (p.260), su respuesta radica en que los clínicos pueden ayudar escuchando con empatía y proporcionar una reflexión y validación emocional. Dado que en la práctica clínica y laboral esto no se lleva a cabo frecuentemente, se piensa que los médicos se centran en aliviar el dolor corporal de los pacientes, con menos énfasis en su angustia emocional y rara vez en el sufrimiento.

Actualmente, debido al progreso médico, el cáncer es conocido como una enfermedad crónica, la cual requiere una comunicación efectiva entre los médicos y sus

pacientes para apoyarlos a enfrentar circunstancias amenazantes y emocionalmente complicadas. Sin embargo, debido a la falta de capacitación, los médicos con frecuencia experimentan dificultad para comunicar estos problemas a los pacientes oncológicos. (Razavi et al. 2017).

Se cree también que además de la habilidad de responder a las reacciones emocionales de los pacientes, el médico debe involucrarlo en la toma de decisiones, lidiar con el estrés generado por las expectativas del paciente, la participación de múltiples familiares y el dilema de cómo dar esperanza cuando la situación es sombría. Debido a toda esta carga, dar malas noticias se convierte en una tarea de comunicación difícil, pues de no contar con esta habilidad, puede generar un sufrimiento extra e innecesario y a su vez un deterioro en la relación médico-paciente (Ayarra y Lizarraga, 2001; Baile, W., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, y G., Beale, 2000)

Tomando en cuenta estas dificultades, Hernández y Trujillo, (2009) realizaron una encuesta en Cuba, donde los médicos afirmaron que dan la información de manera verbal sin tomar en cuenta el componente no verbal, además, los autores reportaron que la mayoría de los médicos informan al paciente en un lugar privado, aunque el 68,4% de las veces lo hace en el lugar de consulta teniendo en cuenta que en muchas ocasiones no se respeta la privacidad. Por lo tanto, 57,1% de los médicos encuestados en esta investigación desconocen o subestiman a la comunicación no verbal, lo cual es alarmante, pues solo un 7% de nuestra comunicación es a través de palabras.

Uno de los escasos estudios sobre comunicación de malas noticias en Perú, realizado por Guillén-López y Olascoaga-Mesía (2017), comentaron que el 15,8 % de los participantes habían dado malas noticias más de cinco veces en el mes; 36,8 % una sola vez y, el restante 58,6 % entre dos a cinco veces en el último mes. Los autores exploraron la estrategia que utilizaban los médicos residentes, y observaron que, sin haber estado capacitados, algunos utilizaban estrategias incluidas en el protocolo SPIKES, como el conocer lo que sabe el paciente sobre su estado de salud. Sin embargo, el total de sus participantes (100 %) afirmó que nunca había recibido ninguna capacitación en malas noticias, a pesar de que todos se han expuesto a esta situación al menos una vez dentro de la práctica.

Por otra parte, en Cuba, el paciente generalmente acude a la consulta acompañado de un familiar, sin embargo, sólo un 10,2% de los médicos comunica el diagnóstico o información pertinente a la salud del paciente con la familia. El 60,2% de los médicos prefieren informar primero al familiar y luego al paciente, un 29,6% deja pasar el hecho de que el paciente tiene el derecho a conocer la verdad y deciden informar únicamente al familiar. Este hecho constata que no existe preparación suficiente para enfrentar la situación de cómo informar el diagnóstico y/o pronóstico desfavorable a un paciente y dejan esta responsabilidad al familiar, algo que es directamente de la relación médico-paciente (Hernández y Trujillo, 2009).

Dichos autores, comentan que en relación con el nivel de información, la mayoría la adecúa y hace comprensible para el paciente, aunque el 33,7% prefieren dar detalles explícitos. Sin embargo, ofrecer detalles de un diagnóstico o de la enfermedad, no es incorrecto, siempre que se haya explorado antes si el paciente así lo desea. Otro detalle que esclarecen estos autores es que el 17,3% de los médicos brindan esperanzas aun sin tenerlas, lo cual es éticamente incorrecto. Por dicha razón, lograr empatía y confianza durante el proceso de comunicación es importante; sin embargo para Hernández y Trujillo, (2009), pocos lo consiguen (37,8% y 64,3% respectivamente).

Asimismo, en Sudáfrica se realizó una investigación cualitativa donde se observó la comunicación del diagnóstico de osteosarcoma a pacientes de una tribu llamada “Zulu” en el cual los médicos reportaron una falta de capacitación y de competencia en este ámbito. La mayoría indicó que habían aprendido a dar malas noticias mediante la observación, y los participantes no pudieron ponerse de acuerdo sobre si había un método preferido para discutir el diagnóstico, tampoco estaban seguros si el diagnóstico se explicaba a fondo a los pacientes y por último, expresaron la necesidad de instrucciones prácticas (Brown, Goliath, van Rooyen, Aldous, y Marais, 2017).

En México, encuestas realizadas a médicos y especialistas por Guillén-López y Olascoaga-Mesía, (2017) revelaron que 77,5 % no habían recibido ningún entrenamiento en cómo dar malas noticias.

Asimismo, Platas et al. (2020) mediante una investigación a base de encuestas detectaron que aún existe una falta de capacitación en los médicos mexicanos referente a la

entrega de malas noticias a los pacientes, pues revelaron que el 29% considera complicado abordar la atención al final de la vida y el 23% los objetivos del tratamiento, además de que el 43% consideran un desafío el ser honesto sin quitarle la esperanza y el 22%, lidiar con las emociones de los pacientes. Sin embargo, entre el 94% - 98% de los oncólogos consideraron que los objetivos del tratamiento y pronóstico son temas relevantes para discutir con los pacientes y sus familiares. También se evaluó la aplicación de las habilidades de comunicación por parte de los médicos en su práctica clínica y se observó que el 97% tienen un mensaje claro sobre lo que quieren transmitir a sus pacientes durante su consulta; El 78% con frecuencia preguntó a sus pacientes qué temas necesitaban abordar con más detalle; y el 90% regularmente corrobora si sus pacientes entendieron el mensaje después de haber terminado su explicación. Finalmente, solo el 29% de los participantes tenía capacitación previa para entregar malas noticias, y el 93% afirmó estar dispuesto a recibirla. Esto, sin lugar a duda resalta la inquietud y necesidad de capacitación sobre comunicación de malas noticias en nuestro contexto.

Por otro lado, este tema es de relevancia pues según la encuesta llevada a cabo en 1998 por la Sociedad Americana de Oncología Clínica (A.S.C.O. citado en Arteaga, 2014), la frecuencia con la que médicos/as oncólogos informaron malas noticias fue de 5 a 20 veces al mes en el 60% de los encuestados y más de 20 veces en el mes en el 14% de los encuestados. Asimismo, Fallowfield y Jenkins (2004, citado en Aranda, Cedillo, del Campo, Ornelas, y Góngora, 2014), afirman que el 67% de los médicos se consideran capaces de realizar una adecuada comunicación médica, datos preocupantes, pues si esta comunicación se ve afectada en el porcentaje restante, condiciona a que los pacientes y familiares experimenten situaciones como desconocimiento del diagnóstico, el motivo de su estancia hospitalaria, el estado actual de su salud, su pronóstico, expectativa de vida, futuros tratamientos o procedimientos invasivos a los que será sometido, repercutiendo en la evolución del paciente, la comprensión de su enfermedad, además de que el estrés en el médico aumentará, afectando dicha relación.

A consecuencia de esta información científica, Peckler, Park, Gupta, Mandani, y Haubner (2010), afirman que el médico debe poder comunicarse de manera eficaz, debe conocer los problemas que aquejan la salud de sus pacientes y adoptar un enfoque centrado

en el paciente y/o la familia, al igual Núñez et al. (2006) afirman que deben tener la capacidad de demostrar empatía y cuidado pues son igual de importantes que las habilidades de diagnóstico y tratamiento.

Al mismo tiempo Guillén-López y Olascoaga-Mesía (2017), contemplan que llevar a cabo una enseñanza adecuada de las áreas circundantes a la comunicación y malas noticias favorece el desarrollo de una comunicación efectiva, y enriquece 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.

Así bien, diversos autores afirman que las disfunciones en la comunicación deben resolverse desde su origen y se debe tomar en cuenta que, actualmente, no está agregada a las currículas médicas de forma específica, incluso con la existencia de protocolos validados como los anteriormente mencionados. Por ello, es necesario un entrenamiento específico en comunicación, principalmente en la universidad pues el profesional de la salud diariamente realiza distintas actividades y se enfrenta a este reto en el que desafortunadamente se llega a capacitar hasta el posgrado (Aranda et al. 2014; Azadi et al. 2019; Flores-Funes et al. 2018; Guillén-López y Olascoaga-Mesía, 2017).

Como resultado a esta deficiencia en habilidades de comunicación de malas noticias, los profesionales de la salud consideran que las malas noticias son una terrible experiencia, lo que los hace sentir impotentes, ineficaces y desprevenidos. Sin embargo,

estas tensiones podrían minimizarse mediante la práctica colaborativa y la capacitación en el ámbito de malas noticias (Wakefield et al. 2006).

Entonces, la enseñanza de este tipo de habilidades requiere de un entrenamiento específico que no puede obtenerse únicamente mediante lecturas o ponencias, pues para que sea efectiva su enseñanza se requiere que el estudiante practique bajo supervisión y observación, recibiendo retroalimentación de manera específica y personalizada mediante talleres que además de este tema, también aborde el cómo obtener un consentimiento informado, manejar pacientes difíciles, y realizar conversaciones con familiares referente a decisiones de vida o muerte de un paciente críticamente enfermo, pues se ha observado que los cursos de capacitación mejoran las habilidades de comunicación de los médicos y la experiencia del paciente mediante el uso de juegos de rol, videos instructivos y guías para entregar las malas noticias como el SPIKES (Petra-Micu, 2012; Platas et al. 2020; Ruiz et al. 2017).

#### 2.2.4. Comunicación de malas noticias en diagnóstico de cáncer.

El médico tiene como una de sus tareas principales, la búsqueda del bienestar y la salud de las personas pero continuamente también se encarga de dar malas noticias a pacientes o familiares, lo cual sin un entrenamiento adecuado dicha experiencia se puede tornar negativa tanto para los pacientes como para los médicos (Guillén-López y Olascoaga-Mesía, 2017).

Sin embargo, anteriormente, los pacientes con cáncer desconocían su diagnóstico pues se creía que informar a los pacientes los perjudicaba y causaba un estrés excesivo, un ejemplo de esto son unas encuestas realizadas entre los años 1950 y 1970 revelando que la mayoría de los médicos consideraban inhumano y perjudicial dar a conocer el diagnóstico, no obstante, a medida que los tratamientos mejoraron, los modelos de atención evolucionaron y gran cantidad de médicos comenzaron a informar a sus pacientes sobre su diagnóstico de cáncer. No obstante, con este cambio surgieron nuevos desafíos de comunicación tanto para el paciente como para el médico tratante. (Baile, W., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, 2000; Gorniewicz et al. 2017; Pacian et al. 2014).

Por esta razón, se han realizado investigaciones de las diferentes perspectivas y preferencias de los pacientes, donde se encontró que el 98% consideran importante que el médico les comente su diagnóstico, el 97 % el pronóstico, 96% las consecuencias y complicaciones, el 95% las opciones de tratamiento, el 88% los efectos secundarios y el 70% la atención al final de la vida. Además, se ha observado que el 99% de los pacientes prefieren que el médico se centre en explicar el tratamiento, el 99% los síntomas y el 98% las estrategias de afrontamiento en lugar de discutir creencias espirituales o financieras. La razón por que los pacientes consideran importante esta información es porque el 57% no quieren subestimar la gravedad de la enfermedad, el 51% desea tomar buenas decisiones de tratamiento y el 57% quieren saber el diagnóstico lo antes posible (Puerto y Gamba, 2015; Platas et al. 2020; Rao et al. 2016).

Otra investigación donde se analizaron la preferencia y perspectiva de los pacientes sobre la comunicación de malas noticias, es el realizado en India por Dhage y Wilkinson (2017), donde los resultados de un cuestionario a 50 pacientes arrojaron un dato en común: todos afirmaron querer familiares presentes cuando se les informen las malas noticias. Además, es importante resaltar que en el 66.6% de los pacientes encuestados, un residente le dio la noticia, el 15% de los médicos no saludó previamente, el 10% de los pacientes recibió el diagnóstico de manera abrupta, y el 99% de los médicos no explicó ningún aspecto positivo de la enfermedad relacionada con el resultado del tratamiento.

En Arabia Saudita, Alzahrani et al. (2018), dieron a conocer los resultados de una investigación que midió las preferencias de divulgación del diagnóstico de cáncer diferenciando entre el paciente y sus familiares, donde encontraron que el grupo de pacientes prefirió más información acerca de su diagnóstico que el grupo familiar (82.6% vs 75.3%). Esta preferencia es más evidente sobre información detallada del cáncer como el estado, pronóstico y tratamiento (83.6% vs 59.9%).

En contraste, Alsirafy, Abdel-Kareem, Ibrahim, Abolkasem, y Farag (2017), encontraron que en Egipto, el 81% de los familiares con cáncer prefirió que se diera la comunicar el diagnóstico de cáncer a los pacientes, diferenciando 2 factores predictores independientes de la actitud negativa hacia la comunicación del diagnóstico: la creencia del familiar de que el paciente desconoce el diagnóstico y la falta de voluntad del mismo para

conocer su propio diagnóstico de cáncer (hipotéticamente hablando), concluyendo los autores que una actitud negativa del familiar hacia la comunicación del diagnóstico, pueden estar reflejando sus propios miedos.

Asimismo, Brand, Fasciano, y Mack (2017), tuvieron como objetivo principal explorar cómo los pacientes jóvenes con cáncer experimentaron la comunicación en torno a su enfermedad, especialmente la comunicación sobre los posibles resultados de la enfermedad o el tratamiento, se realizaron entrevistas semiestructuradas a pacientes de 8 - 18 años centradas en expectativas sobre el futuro, el proceso de intercambio de información y sus preferencias de comunicación. Los resultados arrojaron que los participantes requieren información médica y desean ser participantes directos en conversaciones médicas. Sin embargo, algunos participantes transmitieron deseos contradictorios de información pronóstica, como comentar sentirse satisfechos con lo que sabían y posteriormente plantearon preguntas persistentes sobre el mismo.

Cuando el método para transmitir el diagnóstico a los pacientes es inadecuado, genera malentendidos sobre el propósito de la atención, a su vez repercute en la comprensión de la enfermedad, el pronóstico, salud mental, la adaptación psicológica a largo plazo, la relación médico-paciente y la confianza en el médico, por esta razón las palabras y la actitud del médico en estas situaciones es fundamental para la vida del paciente (Baile et al. 2000; Epstein et al. 2017; Zhao et al. 2018; Torishima, Urao, Nakayama, y Kosugi, 2020).

Adicional a esto, Jacobs, Patch, y Michie, (2019) se descubrieron que el malestar emocional del diagnóstico de cáncer aumentaba por la dificultad de recibir y comprender la información en pacientes evaluados poco después del diagnóstico sin asesoramiento previo a las pruebas genéticas.

Sin embargo, la cultura puede ser un impedimento para que esta comunicación efectiva pueda realizarse, por ejemplo, en China la influencia cultural la relación médico-pacientes es jerárquica, los pacientes tienden a tratar a los médicos como figuras de autoridad y no hacen preguntas sobre las opciones de tratamiento, ya que se considera que compartir sus problemas es una carga para otros, y el estigma asociado con el cáncer evitará que los sobrevivientes de cáncer busquen apoyo social. Entonces, en este contexto cultural,

a pesar de que el diagnóstico de cáncer y el tratamiento se consideran una experiencia traumática, se puede esperar que los recursos psicológicos del paciente amortigüe la angustia emocional y mejore la calidad de vida durante el tratamiento (Ye et al. 2017).

Azzopardi et al. (2017), nos dan también un panorama sobre las preferencias de los pacientes para recibir el diagnóstico de cáncer además de investigar sus preferencias sobre participación en el proceso de toma de decisiones. Los autores pudieron observar que, aunque existe una tendencia hacia un papel colaborativo e incluso activo en las decisiones de tratamiento, los pacientes exhiben aún una actitud paternalista hacia su médico. Se demostró que los pacientes con niveles de educación más altos mostraron más interés sobre contenido y facilitación de parte del médico, mientras que los niveles de educación más bajos prefirieron un papel pasivo.

La importancia de las preferencias del paciente en la comunicación médica y la toma de decisiones aumenta en la era actual de la atención médica centrada en el paciente, pues esto genera una mayor satisfacción en la atención, como Fernández et al. (2012), afirman en estudios realizados con mujeres con cáncer de mama, que las pacientes satisfechas con la comunicación transmitida por su médico respecto al diagnóstico y sus posibilidades de tratamiento mostraron una morbilidad psiquiátrica menor en los tres años posteriores, por esta razón los autores comentan que los niveles de estrés y apoyo social que percibe el paciente se deben evaluar a la brevedad. La efectividad en la comunicación de malas noticias se puede observar en diferentes investigaciones a nivel internacional (Amornsiripanitch, Mangano, y Niell, 2017; Fernández, Bejar, y Campos, 2012).

Asimismo, se ha encontrado que los beneficios de comunicar el diagnóstico de cáncer al paciente van desde una adaptación emocional más funcional, se mejora la confianza y comunicación entre la relación médico-paciente, como consecuencia existe una mayor participación en las decisiones de tratamiento y se experimentan niveles más bajos de ansiedad y depresión, se percibe un mejor control de síntomas y satisfacción con la atención médica, mejora la comprensión de su condición y aumenta la adherencia al tratamiento (Platas et al. 2020; Puerto y Gamba, 2015; Rao et al. 2016).

Por esta razón, las habilidades de comunicación dentro de la relación médico-paciente son una herramienta primordial para la atención en oncología. No obstante, esta

deficiencia de comunicación afecta a ambas partes pues el paciente ve afectado sus niveles de estrés, ansiedad y salud general, y por consecuencia, el médico puede presentar niveles significativos de estrés, ansiedad y agotamiento (Fernández et al. 2012; Gorniewicz et al. 2017).

## **2.3. CÁNCER**

### **2.3.1. Definición de cáncer.**

Es una enfermedad que se ha llegado a categorizar en la sociedad como uno de los principales problemas de salud pública en el mundo (Galindo et al. 2015; Puerto y Gamba, 2015). Esta patología, afecta a organismos multicelulares, se origina en cualquier parte del cuerpo y comienza cuando las células crecen de forma descontrolada y anormal. Se caracteriza por esta proliferación de células alteradas que resulta en células tumorales e interfieren con procesos biológicos, fisiológicos y anatómicos del organismo, lo cual dificulta que el cuerpo funcione de manera adecuada (Puerto y Gamba, 2015; American Cancer Society, 2016).

### **2.3.2. Tipos de cáncer.**

Existen más de 100 tipos de cáncer y reciben, en general, el nombre de los órganos o tejidos en donde se forman, pero pueden también llamarse de acuerdo al tipo de células que los forma (Instituto Nacional del Cáncer, 2015).

## **2.4. DISTRÉS**

### **2.4.1. Definición de Distrés.**

Almanza-Muñoz et al. (2008) define el distrés de la siguiente manera: “experiencia displacentera multifactorial de naturaleza psicológica (cognitiva, conductual o emocional) que interfiere con la habilidad para enfrentar efectivamente el cáncer, sus síntomas físicos y/o su tratamiento” (P. 203).

#### 2.4.2. Distrés en pacientes oncológicos.

El cáncer se percibe como una enfermedad catastrófica y trae consigo un impacto psicológico asociado a la muerte, discapacidad, miedo a la mutilación física, el temor a la dependencia y el aislamiento social (Juárez y Almaza, 2011).

Como se ha observado, la presencia del distrés en pacientes oncológicos está relacionado con toda la evolución de la enfermedad además de morbilidad, mortalidad y diagnósticos psicopatológicos. Si bien esto es un hecho, también lo es el que los pacientes con cáncer presentan un mayor nivel de síntomas depresivos que la población normal y que estos aspectos psicológicos como el distrés explican de manera directa el deterioro de su calidad de vida (Cano, 2005; Gercovich et al. 2012)

Una prueba de ello es que el Consejo Nacional de Investigación Médica y de Salud de Australia ha adoptado la posición de que cualquier indicio de distrés en los pacientes con cáncer requiere atención y debe tratarse adecuadamente pues en sí, el distrés en pacientes oncológicos no solo produce un gran sufrimiento, sino que empeora la calidad de vida, reduce la adherencia al tratamiento, aumento el riesgo de suicidio, y prolonga la hospitalización. Existen estudios donde se analiza esta variable y su relación con la localización del tumor, encontrando que el cáncer de pulmón está fuertemente asociado al distrés aún por encima del cáncer de mama en mujeres o el cáncer genitourinario en hombres, siendo entonces más propensos a desarrollar patologías psicológicas como depresión mayor (Murillo y Pedraza 2006; Butow et al. 2008).

Por otro lado, el cáncer de mama es el cáncer femenino más común en el mundo y su proceso es un desafío psicológico y físico, pues se ha encontrado en estudios que la mayoría de las mujeres diagnosticadas y tratadas para esta patología experimentan angustia a largo plazo, de tal manera que afecta directamente su calidad de vida. Asimismo, estas pacientes pueden experimentar dificultades después del tratamiento, pues el distrés afecta la recuperación de la cirugía, los síntomas durante el tratamiento y el funcionamiento del sistema inmune, por esta razón es importante detectar el distrés en pacientes oncológicos, para identificar los factores psicosociales que explican la ansiedad y la depresión y

disminuirlo tanto en etapas tempranas como tardías, pues el 25 – 50% de los pacientes de cáncer avanzado presentan morbilidad psiquiátrica (Gibbons, Groarke, y Sweeney, 2016; Lam et al. 2018; Maté et al. 2004).

Ejemplo de esto es que hasta el 80% del cáncer ginecológico se diagnostica en etapas tardías, las pacientes tienden a presentar niveles de distrés elevados ya que pasan por un tratamiento difícil y un pronóstico desalentador. En sí, entre el 30% y el 42% de las mujeres con esta patología informan ansiedad moderada a severa, hasta un tercio informan niveles moderados o severos respecto a síntomas depresivos y en estudios posteriores al tratamiento indican que entre 22% y 27% reportan ansiedad elevada y entre 6% y 13% reportan depresión elevada (Manne et al. 2017).

Existen circunstancias importantes que pueden generar distrés y aquejan al paciente con cáncer como lo son las rumiaciones, lo cual lo padecen un 42% de los pacientes, experimentando pensamientos repetitivos y aterradores; dicha conducta cognitiva está asociada significativamente con mayores niveles de distrés o de sintomatología depresiva ya que según la teoría de estilos de respuesta actúa de 4 formas:

- Primero, aumenta el efecto del ánimo deprimido sobre el pensamiento y facilita la activación de pensamientos y recuerdos negativos.
- Segundo, interfieren con la adecuada resolución de problemas.
- Tercero, disminuye la motivación para iniciar conductas de aprendizaje.
- Cuarto, deteriora las relaciones interpersonales, lo cual favorece la pérdida del apoyo social.

Debido a esto, se incrementan y prolongan los síntomas de depresión, aumentando la probabilidad de cronicidad y evolución a un cuadro de depresión mayor (Priede, González-Blanch, Herrán, y Hoyuela, 2013; Srikanthan et al. 2019).

Otro de los síntomas más comunes asociados al distrés de este tipo de pacientes es el insomnio, el cual no ha recibido mucha atención a pesar de que afecta al 40-60% de los enfermos, dicha afección puede afectar físicamente aumentando la sensación de fatiga,

mayor intolerancia al dolor y depresión del sistema inmune, así como con aumento de irritabilidad, depresión y anhedonia. (Maté et al. 2004; Murillo y Pedraza, 2006).

Dicho esto, resulta claro que la morbilidad psicopatológica en estos pacientes es elevada y Maté et al. (2004) pone como ejemplo de ello la investigación realizada por Derogatis et al. Con una muestra de 215 pacientes oncológicos, en el cual se determinó que si bien, el 53% presentaban buena adaptación al diagnóstico de cáncer, 47% de los pacientes mostraban síntomas de trastorno psiquiátrico, pues el 32% presentaba un trastorno adaptativo con ansiedad o estado de ánimo deprimido; 6% trastorno depresivo mayor; 4% un trastorno mental orgánico; 3% un trastorno de la personalidad y 2% trastorno de ansiedad. En otra investigación, el mismo autor confirma que el 13% de pacientes cumple el criterio de trastorno adaptativo mixto y un 21% cumple criterios de trastorno de ansiedad.

En adición a esto, Carroll (1997, citado por Maté et al. 2004) usando el HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) identificó que el 41% de 930 pacientes en una investigación presentaba ansiedad. Por otro lado, Brandenberg (1998, citado por Maté et al. 2004) constató que el 28% de los pacientes con melanoma evaluados con el HADS presentaban criterios de ansiedad clínica y se estima que la depresión mayor en pacientes con cáncer tiene una prevalencia entre el 5% y el 8% .

Igualmente, Srikanthan et al. (2019) en una muestra de 413 pacientes con sarcoma, nos demuestran que el 38% de los pacientes reportaron síntomas de ansiedad, el 21% de los síntomas depresivos y el 5% expresaron ideas suicidas. Asimismo, los autores comentan que las tres principales preocupaciones o necesidades fueron la comprensión de la enfermedad o tratamiento con un 45.5%, el miedo con 45.3% y la preocupación por la familia 23%.

Otras investigaciones a nivel mundial muestran que en la población oncológica del 15% - 58% de pacientes presentan sintomatología depresiva, de 24% - 66%, sintomatología ansiosa y del 25% al 50% experimentan niveles elevados de distrés, los cuales representan índices superiores a los reportados entre la población normal, lo cual resulta alarmante pues Sandín y Chorot (2003, citado en Rubia y Rodríguez, 2009), comentan que cuando existen niveles altos de estrés, los individuos tienden a utilizar estrategias centradas en la emoción,

a estar menos orientados a definir el problema y por consiguiente estos encuentran menos alternativas de solución, lo cual generan una baja probabilidad de tener un estado de bienestar emocional general (Galindo et al. 2015; Priede, Ruiz, Hoyuela, Andrés, y González-Blanch, 2014).

Cabe resaltar que posteriormente a la noticia del diagnóstico oncológico, el proceso psicoterapéutico es indispensable, pues mediante la psico-educación se logra disminuir el distrés y previene el progreso hacia alguna psicopatología, al mismo tiempo, la psicoterapia ayuda al manejo de ansiedad, depresión, estrés postraumático, insomnio, síntomas secundarios a la quimioterapia o a la interrupción artificial de la menopausia; malestares propios o no de la enfermedad (Juárez y Almanza, 2011; Srikanthan et al. 2019)

#### 2.4.3. Distrés en pacientes recién diagnosticados.

Se ha observado que desde la sospecha de un diagnóstico de cáncer se producen reacciones emocionales en el paciente como ansiedad o estrés, por ejemplo, se ha observado que en las mujeres cuando se les solicita una segunda mamografía por sospecha de cáncer de mama y la revelación de resultados llega a prolongarse, el nivel de ansiedad aumenta. Dichos niveles tienden a disminuir cuando los resultados son negativos, en caso contrario, tiende a aumentar de manera significativa. Si dichos síntomas tienden a ser prolongados, afectan de manera negativa generando un desequilibrio hormonal, aumento de la secreción de adrenalina y deprimiendo el sistema inmune del paciente (Boinon et al. 2018; Cano, 2005; Wang et al. 2019).

Entonces, el conocimiento del diagnóstico es un momento importante en la vida del paciente, ya que el diagnóstico está asociado a una amenaza de salud que repercute en las esferas del paciente y de su familia a nivel social, laboral, económico y familiar; esto afecta el estado emocional y pueden generarse sentimientos como tristeza, enojo y temor (Galindo et al. 2015; House et al. 2017; Puerto y Gamba, 2015).

Asimismo, Puerto y Gamba (2015) comentan que cuando la información brindada por médico no es clara, el paciente puede sentir que el médico cumple con sus obligaciones profesionales, sin embargo, no se conecta cognitiva ni emocionalmente con él, es decir, que

no se esfuerza para que la información que transmite sea comprensible y que no muestra empatía por sus reacciones.

Sin embargo, se han identificado factores individuales que influyen en la angustia psicológica durante esta fase como el historial médico, la educación y asesoramiento, el apoyo social percibido, los rasgos de personalidad del optimismo y el rasgo de ansiedad (Boinon et al. 2018).

Al recibir la noticia del diagnóstico, Kubler Ross (1992, citado en Juárez y Almaza, 2011), menciona que los pacientes cursan por un proceso de duelo de cinco fases:

- 3 Negación.
- 4 Enojo-ira.
- 5 Regateo.
- 6 Depresión.
- 7 Aceptación.

A lo que Juárez y Almanza (2011), sintetizan en 3 diferentes:

- Fase 1. Negación: Se caracteriza por resistencia a creer que la noticia es cierta y por un sentimiento de anestesia emocional.
- Fase 2. Confusión: Se caracteriza por agitación emocional y disforia.
- Fase 3. Adaptación: En la cual existe ansiedad, depresión, insomnio y falta de apetito, lo cual progresa a la aceptación y concluye con la adaptación a largo plazo.

Todas estas fases se van dando a medida que avanza la enfermedad, procedimientos y tratamientos, pues paralelamente aumenta la demanda del paciente para enfrentarse a estas circunstancias y como resultado, el nivel de ansiedad puede alcanzar un nivel patológico decrementando su salud (Cano, 2005; Wang et al. 2019).

Sin embargo, Puerto y Gamba (2015) mencionan que el temor asociado a la aparición del cáncer se justifica socialmente por sus altas tasas de mortalidad, de acuerdo a las cifras estimadas por Globocan (2012, citado en Puerto y Gamba, 2015) a nivel mundial, 14.1 millones de casos nuevos de cáncer se diagnostican anualmente y 8,2 millones mueren por esta enfermedad. No obstante, no se trata solo de informar al paciente que sufre una

enfermedad, sino que el impacto de la noticia depende también de la forma en que se da la comunicación.

Entonces, el diagnóstico de cáncer en sí conlleva un proceso de adaptación psicológica que permite al paciente crear una respuesta a los desafíos fisiológicos, cognitivos, sociales y emocionales. Estos cambios pueden generar un comportamiento no funcional, lo cual contribuye a que el paciente tenga un manejo disfuncional de su enfermedad, ocasionando desapego al tratamiento, mayor percepción de dolor, progresión de la enfermedad o metástasis, desórdenes psicológicos, etc. Estas circunstancias pueden generar que el nivel de distrés sea elevado, dando pie a que el afrontamiento ante la enfermedad sea negativo, que el desempeño diario del paciente y tratamiento se vean ampliamente afectados, dificultando su manejo al equipo de salud y entorno, además, teniendo la probabilidad de que el distrés progrese a distintos trastornos psiquiátricos como de adaptación, ansiedad, depresión, estrés postraumático, entre otros, y por otro lado, las repercusiones en el médico pueden incluir aumento del estrés, ansiedad y agotamiento. Sin embargo, este proceso puede favorecerse por la comunicación adecuada del diagnóstico, por el adecuado acceso a recursos de atención médica, la existencia de recursos individuales internos y por contar con una red de apoyo socio-familiar sólida (Fernández et al. 2012; Gorniewicz et al. 2017; Juárez y Almanza, 2011; Oliveros et al. 2010).

Durante el proceso de la enfermedad oncológica, los síntomas de ansiedad y depresión se presentan constantemente en la vida del paciente. Diversas investigaciones a nivel mundial muestran que en la población oncológica del 15 - 58% de pacientes presentan sintomatología depresiva, de 24 - 66%, sintomatología ansiosa y del 25% al 50% experimentan niveles elevados de distrés, los cuales representan índices superiores a los reportados entre la población normal, algo alarmante pues Cano, (2005) comentan que cuando existen niveles altos de estrés, los individuos tienden a utilizar estrategias centradas en la emoción, a estar menos orientados a definir el problema y por consiguiente estos encuentran menos alternativas de solución, lo cual generan una baja probabilidad de tener un estado de bienestar emocional general (Galindo et al. 2015 Priede, Ruiz, Hoyuela, Andrés, y González-Blanch, 2014; Rubia y Rodríguez, 2009).

Existen circunstancias particulares como el diagnóstico oncológico en la adolescencia, donde dicha acción es considerada como uno de los desafíos más desalentadores para el profesional de salud, en sí porque esta noticia amenazante influye de manera directa en el estrés físico y emocional en esta etapa del paciente, así como en problemas existenciales y sociales, al mismo tiempo que altera los cambios del desarrollo y la preparación para la edad adulta. Asimismo, otro ejemplo de una situación particularmente alarmante es cuando el cáncer se diagnostica durante el embarazo, pues la alegría de estar embarazada y ser madre puede entrelazarse con el miedo y angustia por la vida propia y la del bebé, como en un estudio basado en auto informes de 74 mujeres embarazadas diagnosticadas con cáncer donde reportaron niveles de angustia clínicamente significativos, en comparación al de mujeres embarazadas sanas (Ander, Thorsell, Von, y Hovén, 2018; Stein et al. 2019; Vandenbroucke et al. 2017).

Actualmente, existe evidencia científica que demuestra que pacientes con cáncer tienen niveles significativamente altos de distrés emocional al momento del diagnóstico ya que se ha observado que entre un 30% y un 50% de las personas con cáncer presentan alguna alteración psicológica que amerita tratamiento, a su vez, un porcentaje similar (entre 30% y 50%) de los pacientes recién diagnosticados comentan tener dificultades para dormir. Asimismo, las rumiaciones son un factor importante en esta etapa y es predisponente al distrés pues según Priede et al. (2013) afirman que existe una asociación significativa entre las rumiaciones y sintomatología ansiosa y depresiva en estos pacientes (Maté et al. 2004; Moscoso, 2011; Murillo y Pedraza, 2006)

En diferentes investigaciones se estima que entre el 19.0 al 22.6% prevalecen los síntomas de ansiedad en pacientes con cáncer recién diagnosticados mientras que la depresión entre 12.9 a 16.5%. Sin embargo, la prevalencia de los síntomas ansioso-depresivos varía según el estadio de la patología y dicha sintomatología podría persistir en el tiempo y afectar el bienestar emocional de los pacientes (Peh et al. 2017).

Por esta razón, Iscoe et al. (1991, citado en Galindo et al. 2015) mentan que hacer una evaluación de distrés en el paciente a la brevedad del diagnóstico de cáncer es el mejor predictor de la posibilidad de desarrollar algún problemas clínico emocional. Además, los autores comentan que cuando el paciente conoce y entiende el diagnóstico favorece un

aumento de la sensación de control y una reducción de la ansiedad, lo que permite una mejor adaptación psicológica a la situación, éste se siente más satisfecho con su médico y aumenta la adherencia al tratamiento. Asimismo, cuanto más rápido se involucre al paciente a un apoyo integral, mejor será su capacidad de adaptación.

Así bien, se cree que la psico-educación es útil durante la fase de sospecha y confirmación del diagnóstico, así como la intervención en crisis al confirmarse el diagnóstico y durante complicaciones o recidivas, pero sobre todo, es de gran ayuda que el médico se encuentre capacitado para dar esta información denominada como “malas noticias” (Juárez y Almanza, 2011)

Por su parte, Fallowfield et al. (1994, citado en Aguiar et al. 2015) afirman que gran parte de los problemas psicológicos presentes en los pacientes oncológicos podrían ser evitados y/o minimizados si los clínicos contaran con adecuadas habilidades de comunicación. Similar a Fernández et al. (2012), pues en estudios realizados con mujeres con cáncer de mama, se ha observado que las pacientes satisfechas con la comunicación transmitida por su médico respecto al diagnóstico y sus posibilidades de tratamiento mostraron una morbilidad psiquiátrica menor en los tres años posteriores, por esta razón los autores comentan que los niveles de distrés y apoyo social que percibe el paciente se deben evaluar a la brevedad.

Asimismo, el manejo inadecuado del distrés y una comunicación no efectiva en el diagnóstico, afecta la adherencia al tratamiento, así como muestra la investigación de Sezen et al. (2019), donde el 21.9% de los pacientes con cáncer de pulmón rechazaron su tratamiento de cirugía debido a problemas en la relación médico-paciente y declararon que no recibieron suficiente información durante el proceso de diagnóstico. Los resultados demostraron que estos pacientes tenían un alto puntaje de ansiedad después de ser diagnosticados, y los autores comentan que estos síntomas subsecuentes al diagnóstico podrían mejorar solo si el médico les habla sobre la naturaleza de su enfermedad.

Al igual, en pacientes con cáncer de mama con una comunicación poco óptima, se ve afectado negativamente la comprensión de los riesgos y la enfermedad, disminuye la probabilidad de que las pacientes participen en un asesoramiento médico y/o emocional y aumenta la ansiedad de la paciente (Amornsiripanitch et al. 2017).

Entonces, se puede plantear que gran parte de los problemas psicológicos presentes en los pacientes oncológicos podrían ser evitados y/o minimizados si los clínicos contaran con adecuadas habilidades de comunicación de malas noticias el cual es un tema no solo de atención sino que debe ser visto como todo un proceso (Fernández, Bejar, y Campos, 2012; Taylor, Warnock, y Tod, 2019).

En resumen, el distrés emocional es un elemento presente y clínicamente significativo al momento del diagnóstico, convirtiéndose en un campo donde existe un área de oportunidad en la psicología de la salud, pues al disminuir estos niveles de alteración emocional es posible beneficiar otras áreas del paciente, como la adherencia al tratamiento, la calidad de vida y la percepción de la atención clínica, que esto ayudarían en sí el proceso de salud-enfermedad, sin descartar que desde el primer contacto, la relación médico-paciente se podría mejorar con ayuda de los protocolos de comunicación de malas noticias para el diagnóstico cáncer.

#### 2.4.4. Comunicación efectiva y distrés.

La comunicación eficaz es fundamental para la relación médico-paciente, pues se ha demostrado que cuando se comprenden bien las necesidades e inquietudes del paciente, se puede acordar mutuamente un plan de atención integral, además, las buenas habilidades de comunicación se relacionan con varios beneficios observables:

- Mayor satisfacción del paciente.
- Mayor adherencia al tratamiento.
- Mejores resultados de salud del paciente.
- Menos reclamaciones por negligencia médica.
- Mejor comprensión.
- Mayor memoria.
- Reducción de la ansiedad del paciente.

Entonces, recibir información adecuadamente detallada y la oportunidad de expresar inquietudes puede reducir la angustia de un paciente con cáncer. Por esta razón, la comunicación centrada en el paciente se destaca como una habilidad clínica crucial para optimizar los resultados y los entrenamientos en este ámbito son cruciales. Sin embargo,

actualmente los pacientes con cáncer informan necesidades de comunicación no satisfechas al obtener información sobre la enfermedad, el pronóstico, las opciones de tratamiento e intención y los efectos adversos. Esto es consistente con estudios en el área que identificaron problemas de comunicación en 84% a 94% de los encuentros clínicos, lo cual es importante pues se ha encontrado que cuando el médico responde a las necesidades de los pacientes, sus niveles de ansiedad se reducen significativamente (Barth y Lannen, 2011; Kissane et al. 2012<sup>a</sup>; Lerman et al. 1993; Uitterhoeve et al. 2010).

Investigaciones como la de Lerman et al. (1993) en esta área nos ayuda a dilucidar la correlación de estas dos variables (comunicación y distrés) pues demostró que problemas de comunicación informados por los pacientes tienen asociaciones consistentes y estadísticamente significativas con subescalas de alteración del estado de ánimo en The Profile of Mood States (POMS). Además, los problemas de comunicación antes de terapia postoperatoria se asocian positivamente con ansiedad, confusión, depresión e ira a los 3 meses de seguimiento. Reportaron también que las pacientes con cáncer de mama que tienen más probabilidades de informar problemas de comunicación eran aquellas con más angustia.

Los hallazgos de dichos autores entonces sugieren que las percepciones de las pacientes con cáncer de mama sobre la comunicación de sus proveedores contribuyen al ajuste psicológico de las pacientes, pues observaron que aquellos que informaron más problemas de comunicación con el equipo médico tenían más probabilidades de experimentar angustia psicológica a los 3 meses. Los resultados del estudio de Lerman et al. (1993) sugieren también que las intervenciones que mejoran la comunicación entre las pacientes con cáncer de mama y sus proveedores pueden tener éxito en mejorar la adaptación de las pacientes al tratamiento.

Todo esto es compatible con otros autores como Uitterhoeve et al. (2010) quien realizó un metaanálisis con el objetivo de identificar áreas problemáticas en la atención de pacientes que reciben quimioterapia donde observaron que los médicos oncólogos y enfermeras de oncología y los pacientes expresan que el nivel de comunicación de los aspectos psicosociales de su enfermedad está lejos de ser adecuado. En este metaanálisis, se encontraron efectos de entrenamientos de comunicación en los resultados de satisfacción

del paciente en tres de los siete estudios incluidos. Uno de los siete fue Delvaux et al. (2004) quienes informaron una mejora estadísticamente significativa en dos de cinco dimensiones de satisfacción del paciente dimensiones tanto después del entrenamiento como a los 6 meses de seguimiento. Delvaux et al., (2005), también informaron un efecto de entrenamiento estadísticamente significativo sobre la satisfacción general del paciente con la entrevista y el estrés o la calidad de vida resultando con efectos significativos del entrenamiento en cualquiera de estas medidas. Por lo tanto, el metaanálisis nos deja observar varias mejoras estadísticamente significativas tanto en la satisfacción del paciente como en el comportamiento comunicativo del entrenamiento. Sin embargo, la medida en que estos beneficios son clínicamente significativos no es concluyente, de ahí radica la importancia de seguir investigando los efectos en pacientes en este tipo de capacitaciones (Schildmann et al. 2012).

Este resultado es similar a los hallazgos de otros autores quienes han observado que, a pesar de que los entrenamientos en habilidades de comunicación resultan eficaces adicionando de estas capacidades en los profesionales de salud, no se encuentra un efecto reflejado en distrés emocional del paciente. Realmente en la actualidad aún hay poca evidencia de que los programas de capacitación en comunicación que tienen como objetivo mejorar el comportamiento comunicativo sean uniformemente efectivos para mejorar los resultados del paciente. Parecería que el efecto de la formación en habilidades de comunicación para los profesionales sanitarios sobre los resultados de los pacientes se ha vuelto de interés para los investigadores recientemente (Barth y Lannen, 2011; Uitterhoeve et al. 2010).

Por esta razón, Barth y Lannen (2011) comentan que lo que realmente puede indicar si los talleres de capacitación en habilidades de comunicación son útiles para mejorar la comunicación y la interacción del paciente es el impacto en el paciente mismo. Sin embargo, muy pocos estudios han investigado este efecto y es un objetivo importante para estudios futuros, ya que otras revisiones también informan sobre una brecha potencial entre la formación y el impacto clínico. Comentan también que si bien, muchas otras variables influyen en la experiencia del paciente y pueden interferir con este resultado, es importante tener en cuenta que el entrenamiento en habilidades de comunicación está diseñado no solo

para mejorar las habilidades, sino también para mejorar los servicios de atención médica y la satisfacción del paciente y la angustia del paciente.

Asimismo, Cegala y Lenzmeier Broz (2002, citado en Kissane et al. 2012) dicen: "Si bien es importante establecer que la capacitación en habilidades resulta en una mejora significativa en la comunicación de los proveedores, el objetivo de dicha capacitación es mejorar la calidad de la atención médica " (p. 1243).

## **CAPÍTULO III**

### ***METODOLOGÍA***

#### **PARTICIPANTES**

En este estudio se consideró la participación de médicos y residentes del Centro Estatal de Cancerología de Nayarit y tres instituciones públicas de la ciudad de Monterrey que cumplieran con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Ser médico con experiencia de 2 años en pacientes oncológicos.
- Ser residente con experiencia en pacientes oncológicos.
- Firmar el consentimiento informado de participación voluntaria.

Criterios de exclusión:

- Médicos o residentes que participen en áreas administrativas que actualmente no se encuentren en contacto con pacientes.
- Ser personal rotante.

También se consideraron los pacientes de ambas instituciones que cumplieran con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Ser paciente diagnosticado por primera vez con patología oncológica.
- Ser paciente oncológico en diagnóstico de recurrencia.

Criterios de exclusión:

- Ser paciente subsecuente.

#### **INSTRUMENTOS**

- Cuestionario Médico Sociodemográfico:
  - o Definición: cuestionario de 15 ítems respecto a su profesión, estado civil, área laboral, especialidad, ciudad de residencia, institución donde labora, también se indaga la frecuencia con la que da las malas noticias,

capacitación previa y dónde obtuvo sus conocimientos para afrontar esas situaciones.

- Cuestionario Sociodemográfico y Clínico para Pacientes:
  - Definición: Cuestionario de 13 ítems donde se indaga acerca de su sexo, estado civil, edad, ingreso mensual, si trabaja o no, escolaridad, la fecha del diagnóstico de cáncer o de recurrencia, se indaga qué profesional le dio la noticia del diagnóstico, si estaba acompañado en ese momento, por quienes o el motivo de la ausencia del acompañante.

Variables dependientes:

- Comunicación.
  - Definición operacional
    - Cuestionario de comunicación efectiva en oncología (CCEO): tiene como objetivo principal identificar la frecuencia con que el personal de salud relacionado con la comunicación en oncología muestra las habilidades de comunicación y habilidades interpersonales necesarias para una comunicación efectiva de una mala noticia. Cuenta con 44 ítems divididos en 6 dimensiones basadas en el protocolo SPIKES (Baile, Buckman, Lenzi, Gloger, Beale, 2000) y en recomendaciones de la ASCO (Gilligan et al. 2017). Las respuestas comprenden de una escala tipo Likert de 4 opciones considerando las afirmaciones “nunca”, “casi nunca”, “casi siempre” y siempre. Este instrumento fue realizado por los autores correspondientes a esta investigación.
- Distrés.
  - Definición operacional
    - Se utilizará de instrumento un Termómetro de distrés: Es una escala análoga visual con apariencia de termómetro que va del 0 al 10 en el cual el paciente debe indicar el número que mejor describa que tanto distrés ha experimentado en la última semana. También consta de una lista de problemas, en donde el paciente debe señalar si ha tenido o no

cualquiera de los problemas indicado la última semana (Almanza-Muñoz et al. 2008).

Variable Independiente:

- Capacitación en comunicación de malas noticias: Se implementó un taller que consiste en 5 sesiones, a lo largo de ellas se verán temas pertinentes a comunicación efectiva, preferencia de pacientes en comunicación, el protocolo SPIKES que está basado en las recomendaciones de la ASCO, como estrategia de aprendizaje se utilizaron la técnica de juego de roles y retroalimentación. Además, se abordaron los principales desafíos en la comunicación en oncología y se utilizaron la revisión de casos (Para más detalles se adjuntan cartas descriptivas de las sesiones).

## **PROCEDIMIENTO**

### Diseño del estudio

En la presente investigación se llevó a cabo una capacitación en habilidades de comunicación de malas noticias a médicos y residentes de oncología para conocer si existen diferencias en el distrés de los pacientes entre el grupos control y experimental al momento de recibir el diagnóstico, el diseño fue experimental, al cual Creswell y Reichardt (2004, citado en Hernández, Fernández, y Baptista, 2014) llaman estudio de intervención, porque un investigador genera una situación para tratar de explicar cómo afecta a quienes participan en ella en comparación con quienes no lo hacen.

La equivalencia de los grupos se llevó a cabo mediante la aleatorización, la cual es definida por Ramón (2014), como elección por sorteo o azar de los sujetos para la conformación de los grupos. La razón de la aleatoriedad para este autor radica en el hecho de que, de acuerdo con las leyes del azar, si un proceso es asignado de dicha manera, no existirán diferencias significativas en las distintas distribuciones y asignaciones resultantes; dicho de otra manera, las variables extrañas no controladas serán distribuidas. Logrando así, la equivalencia de los grupos mediante la aleatorización de los participantes, lo que Hernández et al. (2014), afirma que asegura probabilísticamente que dos o más grupos son equivalentes entre sí.

### Recolección de datos:

Posterior a la autorización del comité de bioética e investigación (No. Registro 18-CEI-001-20180122) se procedió a realizar la invitación a los médicos y residentes del Centro Estatal de Cancerología de Nayarit, se acudió a su consulta para invitarlos a participar en los horarios permitidos y con las medidas de protección sanitarias como sana distancia, cubrebocas, gel antibacterial y guantes.

Una vez se terminó la etapa de invitación a médicos, se realizó la aleatorización de los participantes mediante el programa Microsoft Excel. Cabe destacar que se evaluó a todos los participantes que aceptaron participar con un pre - test del Cuestionario de Comunicación Efectiva en Oncología. Posterior a la pre - evaluación y la aleatorización, se procedió a proponer días y horarios para la realización de las sesiones del grupo experimental, a las cuales aceptaron asistir los martes y jueves de 10:00-11:00 am. El taller constó de un total de 5 sesiones, las cuales duraron 1 hora. En la primera sesión se dieron a conocer los objetivos del taller, así como la estructura de la sesión, se hizo una dinámica de presentación y posteriormente se abordaron temas pertinentes como la definición de comunicación y los tipos, la definición de la comunicación efectiva y malas noticias, las preferencias de los pacientes para recibir malas noticias y se presentó un video testimonio de una paciente sobreviviente de cáncer de mama sobre su experiencia con la relación médico – paciente y cómo ayudó la comunicación efectiva desde el momento de su diagnóstico.

En la segunda sesión, se presentaron las barreras y el impacto de la comunicación no efectiva además de la estructura del Protocolo SPIKES.

La tercera sesión constó de una retroalimentación sobre el protocolo SPIKES y una dinámica para reforzar el aprendizaje mediante relación de columnas. Al finalizar, se presentaron dos video-consultas, el primer video se tituló “Un buen encuentro” y el segundo “qué no hacer”, ambos videos basados en el Protocolo SPIKES, mostraron cómo llevar a cabo la entrega de la mala noticia del diagnóstico de cáncer a una paciente simulada.

La cuarta sesión tuvo como objetivo comentar las diferencias observadas durante su consulta, ya sea en sus pacientes con una reducción de malestar emocional, calidez en la

consulta o mayor participación de los pacientes, o diferencias individuales como mayor comodidad al hablar sobre malas noticias y menos malestar emocional. También se sondeó cuáles han sido los mayores retos como médicos al comunicar malas noticias a los pacientes, conocer cómo lo superaron en ese momento y qué cambiarían ahora con lo aprendido hasta el momento. Para finalizar esa sesión, se llevó a cabo un juego de roles donde en pares, se les proporcionaba un reto de comunicación de malas noticias en el cual tuvieron que aplicar el protocolo SPIKES y se retroalimentó al final.

La quinta y última sesión, se enfocó en la práctica de las habilidades de comunicación efectiva para la entrega de malas noticias del diagnóstico de cáncer, para lo cual, a cada pareja se les proporcionaron dos casos clínicos, uno a cada participante y tuvieron que desarrollar dicha problemática. Al finalizar la consulta simulada se llevó a cabo una retroalimentación grupal e individual.

El grupo control, dado que se encuentra en lista de espera, no se aplicó ningún taller con la finalidad de llevar a cabo el diseño experimental sin alterar las variables. Sin embargo, al finalizar la capacitación, se procedió a realizar la post - evaluación del “CCEO” en ambos grupos. Posteriormente, se llevó a cabo la evaluación del distrés los pacientes de los médicos de ambos grupos que recibieron el diagnóstico de cáncer. Para esto, se llegó un acuerdo con el área de psicología para pedir su apoyo con estas evaluaciones mediante el termómetro de distrés.

#### Análisis de datos

Los datos fueron analizados en el programa estadístico SPSS versión 22. Para determinar la factibilidad de la capacitación en comunicación en malas noticias se obtuvieron los siguientes indicadores:

- Número de médicos y residentes elegibles.
- Número de médicos que aceptaron participar.
- Adherencia.
- Seguridad.

Se obtuvieron los datos descriptivos de los médicos y pacientes para comparar los efectos de la capacitación en comunicación efectiva, así como los efectos en niveles de distrés de los pacientes que recibieron el diagnóstico, se utilizó la U de Mann Whitney.

Finalmente, se realizó el análisis de la  $d$  de Cohen para conocer el tamaño del efecto de la intervención en las subescalas del CCEO y del distrés de los pacientes entre ambos grupos mediante la siguiente fórmula: diferencia de las medias intergrupales entre el promedio de las dos desviaciones estándar. Se realizó dicho cálculo a través del programa de Microsoft Excel, asimismo, se tomó en cuenta un tamaño del efecto chico para puntuaciones menores o iguales a 0.49, mediano para el rango de 0.50 y 0.79 y grande para puntuaciones mayores o iguales a 0.80 (Téllez et al. 2015).

## **CAPÍTULO IV**

### ***RESULTADOS***

A continuación, se describen los resultados acordes a los objetivos específicos planteados:

- **Determinar la factibilidad de una intervención basada en el protocolo SPIKES y en las recomendaciones de la ASCO para comunicación de malas noticias en oncología.**

Para esta investigación, se tomó en cuenta los médicos oncólogos del Centro Estatal de Cancerología de Nayarit con 19 posibles participantes y por otro lado, 20 de una institución de salud la ciudad de Monterrey, formando un total de 39 médicos y residentes como se observa en la Figura 1.

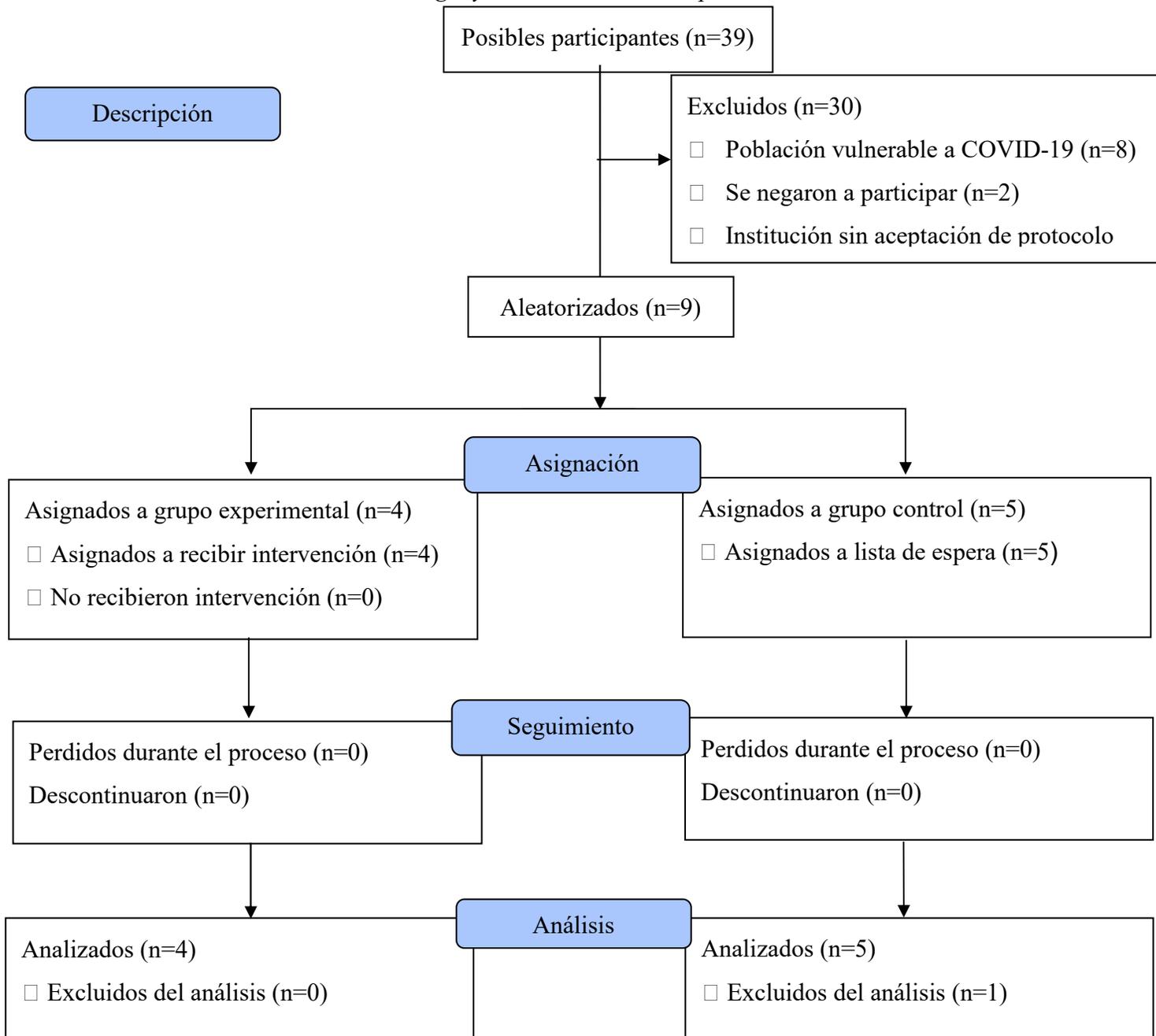
En el caso particular de la institución de salud de Monterrey, la autorización se vio atrasada, afectando los tiempos planteados de aplicación, por lo cual, se decidió suspender el proyecto en dicha institución, excluyendo entonces a los 20 médicos y residentes posibles participantes.

En cambio, de los 19 posibles participantes del Centro Estatal de Cancerología de Nayarit, 2 rechazaron unirse al estudio y 8 se encontraban dentro del grupo vulnerable por COVID-19 por lo cual, no se presentaron a la institución durante el periodo del proyecto.

Un total de 9 médicos aceptaron participar en la investigación los cuales fueron aleatorizados, 4 médicos dentro del grupo experimental y 5 en el grupo control. Debido a que las recomendaciones de la literatura de dos sesiones de 3 horas cada una no se ajustaron a la dinámica del CECN, se llegó al acuerdo de impartir el curso en un total de 5 sesiones de 1 hora cada una. El total de los 4 médicos completaron las sesiones sin desertar y no existieron eventos adversos durante las sesiones pues se llevaron a cabo las medidas de protección sanitarias como la sana distancia, el uso de guantes, cubrebocas, gel antibacterial y poco personal en el aula (5, 4 médicos y el expositor). Asimismo, ningún participante del grupo control desertó en el proceso.

Posterior al curso de capacitación del grupo experimental, el total de ambos grupos (9 participantes) completaron la evaluación post – test. Dentro del análisis de datos, con el fin de homogeneizar la cantidad de participantes en cada grupo se excluyó a un sujeto dentro del grupo control. A continuación, en la Figura 1 se detalla de manera gráfica el proceso de participación y depuración de los sujetos a estudiar.

**Figura 1.** Diagrama de flujo de la muestra “capacitación en comunicación de malas noticias en oncología y niveles de distrés de pacientes”.



En la última etapa se pidió el apoyo al departamento de psicología del CECN para realizar las evaluaciones de los pacientes inmediatamente después de que obtuvieran el diagnóstico de cáncer mediante el termómetro de distrés, teniendo aproximadamente una incidencia de 1 paciente por semana.

En la tabla 3 se puede observar que los participantes del grupo experimental en su mayoría son casados sin importar el sexo pues es un grupo equivalente. Asimismo, se observa que todos los participantes habían dado una mala noticia al menos una semana atrás, la mayoría comenta no haber recibido ninguna capacitación al respecto. La edad promedio fue de 40.75 años y la vida laboral de 12.75.

Por otro lado, el grupo control se observa que también son en su mayoría casados, con la diferencia de ser hombres la mayoría. La especialidad predominante es cirugía oncológica y comentan haber dado una mala noticia hace un día. Se observa que la mitad del grupo sí había recibido una capacitación en malas noticias, y por lo regular las dan con una frecuencia de 7-15 días. La edad media es de 43.75 y la vida laboral media de 10.5.

**Tabla 3.** *"Características sociodemográficas de médicos y residentes"*

Variable	Frecuencia		
	Grupo Experimental (n=4)	Grupo Control (n=4)	
Estado civil	Soltero	1	1
	Casado	3	3
	Total	4	4
Sexo	Masculino	2	3
	Femenino	2	1
	Total	4	4
Especialidad	Hematólogo pediatra	1	
	Oncología médica	1	
	Oncólogo pediatra	1	
	Radio oncología	1	
	Cirugía oncológica		3
	Ginecología oncológica		1

	Total	4	4
¿Cuándo fue la última vez que dio una mala noticia a un paciente?	Hoy		1
	1 día	1	2
	2 días	1	
	3 días	1	
	1 semana	1	1
	Total	4	4
Frecuencia de entrega de malas noticias	Una vez al mes	1	
	Cada 15 días	1	
	Una vez por semana	1	2
	Dos veces a la semana	1	2
	Total	4	4
Capacitación previa en malas noticias	Si	1	2
	No	3	2
	Total	4	4
Edad	M(DE)	40.75(12.12)	43.75(3.30)
Años laborando	M(DE)	12.75(8.09)	10.5(3.31)

- **Evaluar los efectos de una capacitación en comunicación de malas noticias en oncología basada en el protocolo SPIKES y recomendaciones de la ASCO en médicos y residentes.**

En la Tabla 4 se observan los resultados de los efectos de la capacitación en malas noticias en oncología. Las subescalas con medias más altas en el grupo de intervención fueron la de “resumen” (M=35.5), posteriormente la de “comunicación efectiva” (M=33) y la de “Entorno” (30.75), sin embargo, esta diferencia no resultó estadísticamente significativa. A pesar de ello, se observa que 3 de las subescalas presentan un tamaño del efecto grande como el de “Entorno” (d=1.25), “Percepción” (d=1.75) y “Resumen” (d=1.29).

**Tabla 4.** "Análisis de comparación en la comunicación efectiva del grupo experimental y control."

Variable	Subescalas	Grupo Experimental	Grupo Control	Z	(P)	d
		(n=4)	(n=4)			
		M(DE)	M(DE)			
Comunicación Efectiva	Entorno	30.75(1.2)	28.75(2)	1.517	0.129	1.25
	Percepción	24(0)	22.25(2)	1.512	0.131	1.75
	Invitación	22(2.4)	21.75(1.7)	0.149	0.882	0.12
	Comunicación Efectiva	33(3.5)	33.5(1.9)	0.146	0.884	-0.19
	Empatía	27.75(4.7)	27.75(2.9)	0.296	0.767	0
	Resumen	35.5(0.5)	33.25(3)	1.214	0.225	1.29

- **Evaluar si existen diferencias entre los pacientes del grupo experimental y grupo control en los niveles de distrés**

En la Tabla 5 se observa que los pacientes del grupo experimental tienen una edad menor que la del grupo control, también se observa que la escolaridad es mayor en el grupo experimental al igual que sus ingresos. Se observa que en ambos grupos predomina el sexo masculino. En cuestión al estado civil, el grupo experimental muestra mayor cantidad de participantes casados que el grupo control donde la mayoría son solteros. El grupo experimental se tienen más participantes que trabajan en comparación al control donde la mayoría no. Además, la totalidad de los pacientes del grupo experimental acudieron

acompañados en contraste al grupo control donde solo 3 fueron acompañados en consulta. El distrés de ambos grupos es muy similar, siendo el experimental el reportado con una media más alta ( $Z=-.318$ ,  $p>.05$ ) además de presentar un tamaño del efecto pequeño ( $d=0.06$ ).

**Tabla 5.** "Análisis descriptivos de los pacientes atendidos por los médicos participantes"

Variable		Grupo Experimental (n=5)	Grupo Control (n=5)	d
		M(DE)	M(DE)	
Edad		48.6(14.9)	51.6(13.1)	
Escolaridad		8.6(6.3)	5(3.3)	
Ingresos		4200(4644.8)	2800(2949.5)	
Distrés		4(2.646)	3.8(3.8)	0.062053987
		<b>Frecuencia</b>	<b>Frecuencia</b>	
Sexo	Masculino	4	3	
	Femenino	1	2	
		0		
Estado Civil	Casado	2		
	Soltero	1	3	
	Unión libre	1	2	
Trabaja	Si	4	2	
	No	1	3	
Acompañado	Si	5	3	
	No		2	

## **CAPÍTULO V**

### ***DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES***

Para este proyecto se tomó en cuenta originalmente la participación del Centro Estatal de Cancerología de Nayarit (CECN), y tres instituciones de salud públicas de la ciudad de Monterrey.

En una de las instituciones de salud, se contempló la participación de alrededor de 20 médicos y residentes. Sin embargo, el comité de investigación de la institución regresó el anteproyecto repetidamente con observaciones poco claras y objetivas tardando alrededor de 8 meses en identificar la razón de las observaciones planteadas, las cuales tuvieron raíz en la actualización del instructivo proporcionado por la institución para la realización del formato de entrega, pues era una versión más antigua al actual. Adicional a esto, el interés por el tema de la investigación fue escaso pues al sondear la participación de los probables participantes se obtuvo poca o nula respuesta en la mayoría de los residentes y médicos. Además, la contingencia del COVID-19 limitó aún más la disposición de los participantes contemplados y disminuyó la muestra debido a que alrededor de la mitad de ellos contrajo dicho virus. Por estas razones, adicionales al poco tiempo restante para la terminación del programa de maestría, se decidió suspender la participación en dicha institución.

La investigación fue aceptada por el resto de las instituciones, sin embargo, dos de ellas se convirtieron en hospitales de atención a la contingencia del COVID-19, lo que imposibilitó la aplicación del proyecto, por lo tanto, la investigación fue llevada a cabo solamente en el CECN.

Considerando los diversos eventos adversos por la pandemia y su impacto en la posible muestra, la factibilidad de esta investigación fue escasa, sin embargo, este resultado de factibilidad no empata con los de otras investigaciones con mayor población en situaciones fuera de la pandemia, pues se ha demostrado que existe interés en el tema de parte de instituciones y médicos, por ejemplo, los resultados de Karger et al. (2017) mostraron que el 71% de los médicos de su intervención comentaron creer relevante el tema de la comunicación en la práctica diaria, asimismo, Butow et al. (2008) realizaron un programa

de intervención para comunicar malas noticias el cuál, tuvo un enfoque longitudinal y el 100% de los participantes continuó a lo largo de 6 meses, entendiendo entonces que fue factible e interesante para los médicos oncólogos ya que el 93% de los participantes consideraron útil su participación dentro del mismo y el 67% comentaron que les ayudó a identificar señales en el paciente que sin dicha intervención no las conocerían.

En lo que respecta a la variable de comunicación efectiva, en esta investigación no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos experimental y control de médicos. Los resultados pueden deberse a la escasa muestra en ambos vertientes del proyecto, ya que diversos entrenamientos en comunicación de malas noticias como el de Back et al. (2007) demostraron tener resultados significativos donde la muestra fue mayor (n=115) y con aplicación de 67 diferentes instituciones.

Además, Baghdari et al. (2017) también obtuvieron resultados significativos en la obtención de habilidades para comunicar malas noticias basados en el protocolo SPIKES, teniendo una mayor cantidad de muestra (n=90), al igual que Hanya et al. (2017) quienes evaluaron las diferentes dimensiones del protocolo en 20 participantes, obteniendo diferencias significativas en dichas habilidades de comunicación con pacientes oncológicos.

Otro ejemplo es la investigación realizada por Epstein et al. (2016) donde la muestra de médicos oncólogos (n=38) probó que el entrenamiento en este tema tuvo resultados significativos en los participantes. Similar a este proyecto es el realizado por Gorniewicz et al. (2017) quienes evaluaron a una mayor muestra en sus diferentes grupos (experimental y control, n=66) y que al igual obtuvieron diferencias significativas posteriores al entrenamiento en las diferentes áreas de la comunicación efectiva y diferenciados por tipos de cáncer.

Por otro lado, se manejó en este proyecto una cronología de 5 sesiones de una hora cada una, teniendo un total de 5 horas, lo cual es menor a lo reportado en la literatura que es de 6 horas en 3 sesiones, sin embargo, dicho planteamiento no se adecúa al contexto de las instituciones contempladas. Similar a esto, la investigación de Butow, et al. (2008) menciona que su intervención también contrastó en cuestión de tiempo de entrenamiento

pues su práctica fue de 1.5 días en comparación a otras con mayor duración, lo cual pudo afectar sus resultados ya que no encontraron diferencias estadísticamente significativas, sin embargo, menciona que en la práctica clínica sí fueron observables, similar a lo observado en esta investigación, pues a pesar de no tener diferencias estadísticamente significativas, tres de las subescalas (Entorno, Percepción y Resumen) del CCEO obtuvieron resultados con significancia clínica basados en los puntajes del tamaño del efecto grande reportados.

Esto significa que la intervención tiene potencial sobre los aspectos de comunicación efectiva como propiciar un ambiente o entorno de privacidad en el que se proporcione la información enfocada y sin distracciones, aspecto primordial para dar una mala noticia. También influye en la percepción el indagar sobre el conocimiento del paciente respecto a su situación médica para proporcionar información adecuada y reenfocar información errónea que tenga el paciente y en el resumen que en donde se busca involucrar al paciente en la toma de decisiones para su tratamiento, esto es importante para que el paciente se sienta involucrado y obtenga una mayor percepción de control.

Por otro lado, el área de invitación, donde se indaga la cantidad de información que desea recibir el paciente, así como los medios por donde desea obtenerla, la subescala de comunicación efectiva que averigua las habilidades de comunicación del médico y el área de empatía que se focaliza en la identificación emocional del paciente fueron también evaluadas sin mostrar una diferencia, eso puede ser debido a que son conductas más arraigadas dentro de las habilidades del médico por diversos factores, además, la intervención al verse limitada en el número sesiones por el contexto de trabajo donde la carga está desbordada, pudo afectar en la adición de estas habilidades en el médico y como consecuencia en los resultados de la evaluación.

Referente al distrés de los pacientes de ambos grupos, en esta investigación no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. El contraste entre este estudio y los que han encontrado una diferencia significativa radica nuevamente en una muestra mayor, un ejemplo es la capacitación realizada por Manne et al. (2017) quienes evaluaron el distrés de 352 mujeres con cáncer después de un entrenamiento de comunicación a médicos y se

obtuvieron diferencias significativas en los niveles de distrés de los pacientes atendidos por el grupo experimental.

Asimismo, Fujimori, Shirai, Asai, Kubota, et al. (2014) evaluaron el distrés de 1192 pacientes posterior a un entrenamiento en comunicación de malas noticias, el cual obtuvo diferencias significativas en el distrés de los pacientes ( $p=0.02$ ).

Resultados similares se encontraron en una investigación de Fukui et al. (2008) la cual es una intervención en comunicación de malas noticias sobre el diagnóstico de cáncer en enfermeras, demostrando también que, posterior a una capacitación sobre el tema, obtuvo una diferencia en la reducción del distrés de los pacientes ( $p=.03$ ,  $n=89$ ), contrastando también la cantidad de muestra estudiada a la del presente proyecto.

En resumen, la pandemia mundial del COVID-19 afectó la participación del proyecto en diferentes instituciones que se tenían contemplados, la factibilidad se vio comprometida por dicha situación además de la carga de trabajo pues las instituciones al tener personal infectado o ausente, por ser de riesgo, complicó la carga laboral y dificultó su participación, al mismo tiempo, se cree que eso mismo pudo haber afectado su interés de participación.

Por consiguiente, el tamaño de la muestra es un factor importante y determinante para la obtención de resultados más específicos, tal como Hernández et al. (2014) señalan, que mayores muestras son más representativas de la población y por consiguiente obtienen resultados más veraces.

Asimismo, respecto a la aplicación a pacientes con cáncer, al verse afectado el cronograma de actividades por la contingencia, la aplicación en las instituciones y la disminución de la muestra repercutió en la temporalidad disponible de evaluación de distrés a pacientes y por consiguiente afectó en los resultados obtenidos pues difieren a lo visto en las investigaciones afines.

Futuras investigaciones podrían continuar la línea de investigación de este proyecto ya que la literatura plantea que la comunicación efectiva en la entrega de malas noticias es un tema

relevante en la práctica clínica. Se necesita mayor sustento científico respecto a esta necesidad en el contexto mexicano para conocer la efectividad de estos entrenamientos en los médicos y su impacto en el estrés de los pacientes oncológicos.

## REFERENCIAS

- Acedo, M. (2016). *Comunicación de malas noticias al paciente oncológico y su relación con la influencia cultural en la experiencia del cáncer*. (Issue June) [Universidad de extremadura.]. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.10521.83042>
- Aires, M., González, J., & Virizuela, A. (2012). Los Modelos De Relación Terapéutica. *Cuadernos Monográficos de Psicobioquímica, 1*, 53–64. [http://www.psicobioquimica.org/documentos/revistas/cancer\\_comunicacion/001/06.pdf](http://www.psicobioquimica.org/documentos/revistas/cancer_comunicacion/001/06.pdf)
- Almanza-Muñoz, J., Juárez, I., & Pérez, S. (2008). Traducción, adaptación y validación del termómetro de distrés en una muestra de pacientes mexicanos con cáncer. *Revista de Sanidad Militar, 62*(5), 209–217.
- Alsirafy, S. A., Abdel-Kareem, S. S., Ibrahim, N. Y., Abolkasem, M. A., & Farag, D. E. (2017). Cancer diagnosis disclosure preferences of family caregivers of cancer patients in Egypt. *Psycho-Oncology, 26*(11), 1758–1762. <https://doi.org/10.1002/pon.4206>
- Alves, A. E. (2003). ¿Cómo comunicar malas noticias a nuestros pacientes y no morir en el intento? *Revista Argentina de Cardiología, 71*(3), 217–220. [http://www.hospital-sanjuandedios.es/upload/cuidando/doc/como\\_comunicar\\_malas\\_noticias.pdf](http://www.hospital-sanjuandedios.es/upload/cuidando/doc/como_comunicar_malas_noticias.pdf)
- Alzahrani, A. S., Alqahtani, A., Alhazmi, M., Gaafar, R., Bajabir, D., Alharbi, I. M., Alharbi, A. M. F., Kheshaifaty, G., & Alzahrani, A. (2018). Attitudes of cancer patients and their families toward disclosure of cancer diagnosis in saudi arabia: A middle eastern population example. *Patient Preference and Adherence, 12*, 1659–1666. <https://doi.org/10.2147/PPA.S176651>
- Amornsiripanitch, N., Mangano, M., & Niell, B. L. (2017). Screening mammography: Patient perceptions and preferences regarding communication of estimated breast cancer risk. *American Journal of Roentgenology, 208*(5), 1163–1170. <https://doi.org/10.2214/AJR.16.16779>
- Ander, M., Thorsell, J., Von, L., & Hovén, E. (2018). Exploration of psychological distress experienced by survivors of adolescent cancer reporting a need for psychological support. *PLOS ONE, 13*(4), 1–18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195899>
- Aranda, C., Cedillo, R., del Campo, M., Ornelas, R., & Góngora, J. (2014). Factores que

- influyen y dificultan la comunicación de malas noticias en el personal de salud. *Acta Universitaria*, 24(5), 20–26. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41632450003>
- Arteaga, J. (2014). *Factores asociados y obstaculizantes del médico en el proceso de comunicar malas noticias a un paciente con enfermedad crónica avanzada, con pronóstico de vida limitado* [Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/5882>
- Ascencio-Huertas, L., Allende-Pérez, S., Castañeda, C., & Varástegui-Avilés, E. (2015). La comunicación de las “ malas noticias ” en cuidados paliativos. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 12(4), 276–279. [file:///C:/Users/gabriela/Downloads/La comunicacion de las malas noticias en cuidados paliativos. 2013.pdf](file:///C:/Users/gabriela/Downloads/La%20comunicacion%20de%20las%20malas%20noticias%20en%20cuidados%20paliativos.%202013.pdf)
- Ayarra, M., & Lizarraga, S. (2001). Malas noticias y apoyo emocional Bad news and emotional support. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 24(2), 55–63. [http://www.hospital-sanjuandedios.es/upload/cuidando/doc/malas\\_noticias\\_y\\_apoyo\\_emocional.pdf](http://www.hospital-sanjuandedios.es/upload/cuidando/doc/malas_noticias_y_apoyo_emocional.pdf)
- Azadi, A., Abdekhoda, M., & Habibi, S. (2019). Medical Student’s Skills in Notifying Bad News Based on SPIKES Protocol. *Journal of Liaquat University of Medical & Health Sciences*, 17(04), 249–254. <https://doi.org/10.22442/jlumhs.181740587>
- Azzopardi, J., Gauci, D., Parker, P., Calleja, N., Sloan, J., & Zammit, R. (2017). Breaking Bad News in Cancer: An Assessment of Maltese Patients ’ Preferences. *Malta Medical School Gazette*, 01(04), 36–45.
- Back, A., Arnold, R., Baile, W., Fryer-Edwards, K., Alexander, S., Barley, G., Gooley, T., & Tulsy, J. (2007). Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care. *Archives of Internal Medicine*, 167(5), 453–460. <https://doi.org/10.1001/archinte.167.5.453>
- Baghdari, N., Rad, M., & Sabzevari, M. T. (2017). Effect of SPIKES-based Education by Role Playing and Multimedia Approaches on Breaking Bad News Skills in Midwifery Students (a Comparison). *Acta Facultatis Medicae Naissensis*, 34(2), 137–146. <https://doi.org/10.1515/afmnai-2017-0015>
- Baile, W., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E., & A., K. (2000). SPIKES — A Six-Step Protocol for Delivering Bad News : Application to the Patient with Cancer.

*The Oncologist*, 5, 302–311.

- Banerjee, S. C., Manna, R., Coyle, N., Penn, S., Gallegos, T. E., Zaider, T., Krueger, C. A., Bialer, P. A., Bylund, C. L., & Parker, P. A. (2017). The implementation and evaluation of a communication skills training program for oncology nurses. *Translational Behavioral Medicine*, 7(3), 615–623. <https://doi.org/10.1007/s13142-017-0473-5>
- Bardales, A. (2008). *Estudio observacional descriptivo sobre las características del proceso comunicativo de emisión de malas noticias por parte del personal de salud del hospital nacional Guillermo Almenara, durante el periodo setiembre - diciembre del año 2011*. [Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann]. <http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/533/TG0405.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Barth, J., & Lannen, P. (2011). Efficacy of communication skills training courses in oncology: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Oncology*, 22(5), 1030–1040. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdq441>
- Bayona, G. H. (2018). Lenguaje y comunicación. In *Psicopatología básica*. <https://doi.org/10.2307/j.ctv86dggj7.18>
- Boinon, D., Dauchy, S., Charles, C., Fasse, L., Cano, A., Balleyguier, C., Mazouni, C., Caron, H., Vielh, P., & Delaloge, S. (2018). Patient satisfaction with a rapid diagnosis of suspicious breast lesions: Association with distress and anxiety. *Breast Journal*, 24(2), 154–160. <https://doi.org/10.1111/tbj.12856>
- Brand, S. R., Fasciano, K., & Mack, J. W. (2017). Communication preferences of pediatric cancer patients: talking about prognosis and their future life. *Supportive Care in Cancer*, 25(3), 769–774. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3458-x>
- Brown, O., Goliath, V., van Rooyen, D., Aldous, C., & Marais, L. (2017). Strategies and challenges for communicating the diagnosis of cancer in cross-cultural clinical settings—Perspectives from South African healthcare professionals. *Journal of Psychosocial Oncology*, 35(6), 758–775. <https://doi.org/10.1080/07347332.2017.1329767>
- Butow, P., Cockburn, J., Girgis, A., Bowman, D., Schofield, P., D’Este, C., Stojanovski, E.,

- & Tattersall, M. (2008). Psychobiological correlates of communication skills use and learning: Preliminary results. *Psycho-Oncology*, 17(9), 209–218.  
<https://doi.org/10.1002/pon>
- Butow, P., Cockburn, J., Girgis, A., Bowman, D., Schofield, P., D’Este, C., Stojanovski, E., & Tattersall, M. (2008). Increasing oncologists’ skills in eliciting and responding to emotional cues: evaluation of a communication skills training program. *Psycho-Oncology : Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 17(9), 209–218. <https://doi.org/10.1002/pon>
- Cano, A. (2005). CONTROL EMOCIONAL, ESTILO REPRESIVO DE AFRONTAMIENTO Y CÁNCER: ANSIEDAD Y CÁNCER. *Psicooncología*, 2(1), 71–80. <https://doi.org/10.5821/ace.v7i20.2576>
- Cardoso, G., Graca, J., Klut, C., Trancas, B., & Papoila, A. (2016). Depression and anxiety symptoms following cancer diagnosis: a cross-sectional study. *Psychology, Health and Medicine*, 21(5), 562–570. <https://doi.org/10.1080/13548506.2015.1125006>
- Carrillo, R., Contreras, N., Remolina, M., & Ramírez, F. (2007). Comunicando malas noticias en la Unidad de Terapia Intensiva. *Revista de La Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva*, 21(4), 194–199.
- Castillo Peña, K. (2013). *Como dar malas noticias* [Asociación Mexicana de Tanatología, D.F.]. [www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/143\\_Como\\_dar.pdf](http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/143_Como_dar.pdf)
- Danzi, O. P., Perlini, C., Tedeschi, F., Nardelli, M., Greco, A., Scilingo, E. P., Valenza, G., & Del Piccolo, L. (2018). Affective communication during bad news consultation. Effect on analogue patients’ heart rate variability and recall. *Patient Education and Counseling*, 101(11), 1892–1899. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.06.009>
- Dhage, A. S., & Wilkinson, A. R. (2017). Breaking bad news of cancer diagnosis - the patient’s perspective. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 5(4), 1617. <https://doi.org/10.18203/2320-6012.ijrms20171275>
- Dillard, A. J., Scherer, L. D., Ubel, P. A., Alexander, S., & Fagerlin, A. (2017). Anxiety symptoms prior to a prostate cancer diagnosis: Associations with knowledge and openness to treatment. *British Journal of Health Psychology*, 22(1), 151–168.  
<https://doi.org/10.1111/bjhp.12222>

- Eid, A., Petty, M., Hutchins, L., & Thompson, R. (2009). Breaking bad news: Standardized patient intervention improves communication skills for hematology-oncology fellows and advanced practice nurses. *Journal of Cancer Education*, 24(2), 154–159.  
<https://doi.org/10.1080/08858190902854848>
- Epstein, R., Duberstein, P., Fenton, J., Fiscella, K., Hoeger, M., Tancredi, D., Xing, G., Gramling, R., Mohile, S., Franks, P., Kaesberg, P., Plumb, S., Cipri, C., Street, R., Shields, C., Back, A., Butow, P., Walczak, A., Tattersall, M., ... Kravitz, R. (2016). Effect of a patient-centered communication intervention on oncologist-patient communication, Quality of life and healthcare utilization in advanced cancer: the values and options in cancer care (VOICE) cluster randomized trial. *VOICE Study*, 1–52.
- Fernández, B., Bejar, E., & Campos, M. (2012). PRIMER IMPACTO: PROGRAMA DE DETECCIÓN DE DISTRÉS Y ATENCIÓN PSICOSOCIAL PARA PACIENTE RECIÉN DIAGNOSTICADO Y SUS FAMILIARES. *Psicooncología*, 9(2–3), 317–334. <https://doi.org/10.5209/rev>
- Fernandez, S. (2016). Características de las quejas atendidas por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico , 2015. *Boletín CONAMED - OPS*, 4, 22–24.  
[http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin6/caracteristicas\\_quejas.pdf](http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin6/caracteristicas_quejas.pdf)
- Flores-Funes, D., Aguilar-Jiménez, J., Lirón-Ruiz, R. J., & Aguayo-Albasini, J. L. (2018). ¿Comunicamos correctamente las malas noticias en medicina? Resultados de un taller de formación basado en videos y debriefing. *Educación Médica*, 1575–1813.  
<https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.07.005>
- Flores-Funez, D., Azorín-Samper, M., Pardo-Matínez, A., Lirón-Ruiz, R., Aguilar-Jimenez, J., Pellicer-Franco, E., & Aguayo-Albanisi, J. L. (2015). Difusión del protocolo de comunicación de malas noticias EPICEE. *Difusión Del Protocolo de Comunicaciòn de Malas Noticias EPICEE*, October.  
[https://www.researchgate.net/publication/290816681\\_Difusion\\_del\\_protocolo\\_de\\_comunicacion\\_de\\_malas\\_noticias\\_EPICEE](https://www.researchgate.net/publication/290816681_Difusion_del_protocolo_de_comunicacion_de_malas_noticias_EPICEE)
- Forguione-Pérez, V. P. (2015). Comunicación entre médico y paciente: más allá de una consulta, un proceso educativo. *Revista Médicas Uis*, 28(1).

- Fujimori, M., Shirai, Y., Asai, M., Akizuki, N., Katsumata, N., Kubota, K., & Uchitomi, Y. (2014). Development and preliminary evaluation of communication skills training program for oncologists based on patient preferences for communicating bad news. *Palliative and Supportive Care, 12*(5), 379–386.  
<https://doi.org/10.1017/S147895151300031X>
- Fujimori, M., Shirai, Y., Asai, M., Kubota, K., Katsumata, N., & Uchitomi, Y. (2014). Effect of communication skills training program for oncologists based on patient preferences for communication when receiving bad news: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology, 32*(20), 2166–2172.  
<https://doi.org/10.1200/JCO.2013.51.2756>
- Fukui, S., Ogawa, K., Ohtsuka, M., & Fukui, N. (2008). A randomized study assessing the efficacy of communication skill training on patients' psychologic distress and coping nurses' communication with patients just after being diagnosed with cancer. *Cancer, 113*(6), 1462–1470. <https://doi.org/10.1002/cncr.23710>
- Galindo, O., Benjet, C., Juárez, F., Rojas, E., Riveros, A., Aguilar, J., Álvarez, M., & Alvarado, S. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud Mental, 38*(4), 253–258. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.035>
- Gercovich, D., López, P., Bortolato, D., Margiolakis, P., Morgenfeld, M., Rosell, L., & Gil, E. (2012). Rol del distrés psicológico en la relación entre percepción de enfermedad y calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología, 9*(2–3), 403–414.  
<https://doi.org/10.5209/rev>
- Geyikci, R., Cakmak, S., Demirkol, M. E., & Uguz, S. (2018). Correlation of anxiety and depression levels with attitudes towards coping with illness and sociodemographic characteristics in patients with a diagnosis of breast cancer. *Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences, 31*(3), 246–257.  
<https://doi.org/10.5350/dajpn2018310302>
- Gibbons, A., Groarke, A. M., & Sweeney, K. (2016). Predicting general and cancer-related distress in women with newly diagnosed breast cancer. *BMC Cancer, 16*(1), 1–10.  
<https://doi.org/10.1186/s12885-016-2964-z>

- Gilligan, T., Coyle, N., Frankel, R. M., Berry, D. L., Bohlke, K., Epstein, R. M., Finlay, E., Jackson, V. A., Lathan, C. S., Loprinzi, C. L., Nguyen, L. H., Seigel, C., & Baile, W. F. (2017). Patient-clinician communication: American society of clinical oncology consensus guideline. *Journal of Clinical Oncology*, *35*(31), 3618–3632.  
<https://doi.org/10.1200/JCO.2017.75.2311>
- González, L., & González, F. (2016). Modelos explicativos en la comunicación adolescentes / progenitores. *Modelos Explicativos En La Comunicación Adolescentes/Progenitores*, June, 10–11. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.1729.1764>
- Gorniewicz, J., Floyd, M., Krishnan, K., Bishop, T. W., Tudiver, F., & Lang, F. (2017). Breaking bad news to patients with cancer: A randomized control trial of a brief communication skills training module incorporating the stories and preferences of actual patients. *Patient Education and Counseling*, *100*(4), 655–666.  
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.11.008>
- Guillén-López, O., & Olascoaga-Mesía, A. (2017). Habilidad de los médicos residentes para comunicar malas noticias. *Revista de La Sociedad Peruana de Medicina Interna*, *30*(2), 78–81.  
[https://www.researchgate.net/profile/Otto\\_Guillen\\_Lopez/publication/320691232\\_Habilidad\\_de\\_los\\_medicos\\_residentes\\_para\\_comunicar\\_malas\\_noticias/links/59f4a84c0f7e9b553ebbe467/Habilidad-de-los-medicos-residentes-para-comunicar-malas-noticias.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Otto_Guillen_Lopez/publication/320691232_Habilidad_de_los_medicos_residentes_para_comunicar_malas_noticias/links/59f4a84c0f7e9b553ebbe467/Habilidad-de-los-medicos-residentes-para-comunicar-malas-noticias.pdf)
- Hanya, M., Kanno, Y., Akasaki, J., Abe, K., Fujisaki, K., & Kamei, H. (2017). Effects of communication skill training (CST) based on SPIKES for insurance-covered pharmacy pharmacists to interact with simulated cancer patients. *Journal of Pharmaceutical Health Care and Sciences*, *3*(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s40780-017-0080-0>
- Hernández-Torres, I., Fernández-Ortega, M. A., Irigoyen-Coria, A., & Hernández-Hernández, M. A. (2006). The Importance of Physician-Patient Communication in Family Medicine. *Archivos En Artículo de Revisión*, *8*(2), 137–143.  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2006/amf062k.pdf>
- Hernández, I., & Trujillo, C. (2009). CoMunicación de malas noticias a pacientes con

- enfermedades neurodegenerativas: habilidades del personal médico. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 9(2), 76–85.  
<https://www.redalyc.org/pdf/1270/127020306006.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). Metodología de la investigación. In *McGraw-Hill* (6th ed., Vol. 66). McGraw-Hill.
- Herrera-Kiengelher, L., Villamil-Álvarez, M., Pelcastre-Villafuerte, B., Cano-Valle, F., & López-Cervantes, M. (2009). Relación del personal de salud con los pacientes en la Ciudad de México. *Revista de Saude Publica*, 43(4), 589–594.  
<https://doi.org/10.1590/S0034-89102009005000042>
- Herrera, A., Rios, M., Manriquez, J. M., & Rojas, G. (2014). [Breaking bad news in clinical practice]. *Revista Médica de Chile*, 142(10), 1306–1315. <https://doi.org/S0034-98872014001000011>
- House, L., Miller, M., Zaleta, A., Johnson, J., Denlinger, C., & Buzaglo, J. (2017). Cancer-related distress and cost of care concerns among gastric cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 35(15). [https://doi.org/10.1200/jco.2017.35.15\\_suppl.e15583](https://doi.org/10.1200/jco.2017.35.15_suppl.e15583)
- Instituto Nacional de Cancerología. (2019). *Código de Conducta*.
- Instituto Nacional del Cáncer. (2015). *Tipos de cáncer - National Cancer Institute*.  
<https://www.cancer.gov/espanol/tipos>
- Jacobs, C., Patch, C., & Michie, S. (2019). Communication about genetic testing with breast and ovarian cancer patients: a scoping review. *European Journal of Human Genetics*, 27(4), 511–524. <https://doi.org/10.1038/s41431-018-0310-4>
- Juárez, I., & Almanza, J. (2011). Abordaje psicoterapéutico en pacientes con cáncer de mama. *Neurologia, Neurocirugia y Psiquiatria*, 44(4), 133–141.
- Karger, A., Geiser, F., Vitinius, F., Sonntag, B., Schultheis, U., Hey, B., Radbruch, L., Ernstmann, N., & Petermann-Meyer, A. (2017). Communication Skills Trainings: Subjective Appraisal of Physicians from Five Cancer Centres in North Rhine, Germany. *Oncology Research and Treatment*, 40(9), 496–501.  
<https://doi.org/10.1159/000479113>
- Keller, M., Bernhard, J., Baile, W. F., Zwingmann, J., & Schmier, J. W. (2017). Effects of patient-centered communication on anxiety, negative affect, and trust in the physician

- in delivering a cancer diagnosis: A randomized, experimental study. *Cancer*, 123(16), 3167–3175. <https://doi.org/10.1002/cncr.30694>
- Kissane, D., Bylund, C., Banerjee, S., Bialer, P., Levin, T., Maloney, E., & D’Agostino, T. (2012a). Communication skills training for oncology professionals. *Journal of Clinical Oncology*, 30(11), 1242–1247. <https://doi.org/10.1200/JCO.2011.39.6184>
- Kissane, D., Bylund, C., Banerjee, S., Bialer, P., Levin, T., Maloney, E., & D’Agostino, T. (2012b). Communication skills training for oncology professionals. *Journal of Clinical Oncology*, 30(11), 1242–1247. <https://doi.org/10.1200/JCO.2011.39.6184>
- Lam, W., Ng, D., Wong, S., Lee, T., Kwong, A., & Fielding, R. (2018). The role of cognitive bias in relation to persistent distress among women diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 27(3), 983–989. <https://doi.org/10.1002/pon.4620>
- León-Amenero, D., & Huarcaya-Victoria, J. (2019). El duelo y cómo dar malas noticias en medicina. *Anales de La Facultad de Medicina*, 80(1), 86–91. <https://doi.org/10.15381/anales.v80i1.15471>
- Lerman, C., Daly, M., Walsh, W., Resch, N., Seay, J., Barsevick, A., Heggan, T., Martin, G., & Birenbaum, L. (1993). Communication between patients with breast cancer and health care providers determinants and implications. *Cancer*, 72(9), 2612–2620. [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(19931101\)72:9<2612::AID-CNCR2820720916>3.0.CO;2-F](https://doi.org/10.1002/1097-0142(19931101)72:9<2612::AID-CNCR2820720916>3.0.CO;2-F)
- Li, L., Yang, Y., He, J., Yi, J., Wang, Y., Zhang, J., & Zhu, X. (2015). Emotional suppression and depressive symptoms in women newly diagnosed with early breast cancer. *BMC Women’s Health*, 15(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12905-015-0254-6>
- Liénard, A., Merckaert, I., Libert, Y., Bragard, I., Delvaux, N., Etienne, A. M., Marchal, S., Meunier, J., Reynaert, C., Slachmuylder, J. L., & Razavi, D. (2010). Is it possible to improve residents breaking bad news skills A randomised study assessing the efficacy of a communication skills training program. *British Journal of Cancer*, 103(2), 171–177. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6605749>
- Malloy, P., Virani, R., Kelly, K., & Munévar, C. (2010). Beyond Bad News; Communication skills of nurses in palliative care. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 12(3), 175–176. <https://doi.org/10.1097/njh.0b013e3181e24a97>

- Manne, S. L., Virtue, S. M., Ozga, M., Kashy, D., Heckman, C., Kissane, D., Rosenblum, N., Morgan, M., & Rodriguez, L. (2017). A comparison of two psychological interventions for newly-diagnosed gynecological cancer patients. *Gynecologic Oncology*, *144*(2), 354–362. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2016.11.025>
- Maté, J., Hollenstein, M., & Gil, F. (2004). Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología: Investigación y Clínica Biopsicosocial En Oncología*, *1*(2), 211–230. [https://doi.org/10.5209/rev\\_PSIC.2004.v1.n2.17109](https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2004.v1.n2.17109)
- Mendoza-Granada, J. (2016). *La función de enfermería en la comunicación de malas noticias: revisión bibliográfica* [Universidad de Jaén]. [http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/2769/1/JULIA\\_MENDOZA\\_GRANADA\\_\\_ENFERMERA\\_\\_TFG.pdf](http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/2769/1/JULIA_MENDOZA_GRANADA__ENFERMERA__TFG.pdf)
- Moore, P., Rivera, S., Bravo-Soto, G. A., Olivares, C., & Lawrie, T. A. (2018). Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *3751*(7), 1–121. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003751.pub4>
- Moscoso, M. S. (2011). El estrés crónico y la medición psicométrica del distrés emocional percibido en medicina y psicología clínica de la salud. *Liberabit*, *17*(1), 67–76.
- Moseholm, E., Rydahl-Hansen, S., Overgaard, D., Wengel, H. S., Frederiksen, R., Brandt, M., & Lindhardt, B. (2016). Health-related quality of life, anxiety and depression in the diagnostic phase of suspected cancer, and the influence of diagnosis. *Health and Quality of Life Outcomes*, *14*(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0484-9>
- Mostafavian, Z., & Abbasis, Z. (2018). Evaluation of physicians' skills in breaking bad news to cancer patients. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, *7*(2), 601–605. <https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe>
- Murillo, M., & Pedraza, J. (2006). Trastornos psicológicos y de calidad de vida en pacientes de cáncer de pulmón. *Psicooncología (Pozuelo de Alarcón)*, *3*, 377–392. [https://doi.org/10.5209/rev\\_PSIC.2006.v3.n2.16717](https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2006.v3.n2.16717)
- Núñez, S., Marco, T., Burillo-Putze, G., & Ojeda, J. (2006). Procedimientos y habilidades para la comunicación de las malas noticias en urgencias. *Medicina Clinica*, *127*(15), 580–583. <https://doi.org/10.1157/13094002>

- Oliveros, E., Barrera, M., Martínez, S., & Pinto, T. (2010). Afrontamiento ante el Diagnóstico de Cáncer. *Revista de Psicología GEPU*, 1(2), 01–206.  
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4392153&info=resumen&idioma=ENGLISH>
- Pacian, A., Kulik, T. B., Goniewicz, M., Kowalska, A. J., & Pacian, J. (2014). Analysis of the doctor-patient communication if breast cancer is diagnosed. *Acta Bioethica*, 20(1), 23–29. <https://doi.org/10.4067/s1726-569x2014000100003>
- Peckler, B., Park, I., Gupta, A., Mandani, K., & Haubner, L. (2010). Breaking bad news education for emergency medicine residents: A novel training module using simulation with the SPIKES protocol. *Journal of Emergencies, Trauma, and Shock*, 3(4), 385. <https://doi.org/10.4103/0974-2700.70760>
- Peh, C., Liu, J., Bishop, G., Chan, H., Chua, S., Kua, E., & Mahendran, R. (2017). Emotion regulation and emotional distress: The mediating role of hope on reappraisal and anxiety/depression in newly diagnosed cancer patients. *Psycho-Oncology*, 26(8), 1–23. <https://doi.org/10.1002/pon.4297>
- Petra-Micu, I. (2012). La enseñanza de la comunicación en medicina. *Investivación En Educación Médica*, 1(4), 218–224.  
[www.http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2007-50572012000400009&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2007-50572012000400009&lng=es&nrm=iso)
- Platas, A., Cruz-Ramos, M., Mesa-Chavez, F., Jasqui-Bucay, A., de la Rosa-Pacheco, S., Rivera, F., Mohar, A., & Villarreal-Garza, C. (2020). Communication Challenges Among Oncologists in Mexico. *Journal of Cancer Education*.  
<https://doi.org/10.1007/s13187-020-01703-7>
- Priede, A., González-Blanch, C., Herrán, A., & Hoyuela, F. (2013). asociación entre rumiaciones y malestar emocional en pacientes recién diagnosticados de cáncer-. *Psicooncología*, 10(1), 131–140. <https://doi.org/10.5209/rev>
- Priede, A., Ruiz, M., Hoyuela, F., Andrés, H., & González-Blanch, C. (2014). El termómetro de estrés como prueba de cribado de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos recién diagnosticados. *REVESCO Revista de Estudios Cooperativos*, 11(1), 31–43. <https://doi.org/10.5209/rev>

- Puerto, H., & Gamba, H. (2015). La comunicación del diagnóstico de cáncer como práctica saludable para pacientes y profesionales de la salud. *Revista CUIDARTE*, 6(1), 964. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v6i1.160>
- Rabow, M. W., McPhee, S. J., & Medicine, I. (1999). Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. *Western Journal of Medicine*, 171, 260–263.
- Rao, A., Sunil, B., Ekstrand, M., Heylen, E., Raju, G., & Shet, A. (2016). Breaking bad news: Patient preferences and the role of family members when delivering a cancer diagnosis. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 17(4), 1779–1784. <https://doi.org/10.7314/APJCP.2016.17.4.1779>
- Razavi, D., Reynaert, C., Liénard, A., Bragard, I., Libert, Y., Peternelj, L., & Merckaert, I. (2017). Communication about uncertainty and hope: A randomized controlled trial assessing the efficacy of a communication skills training program for physicians caring for cancer patients. *BioMedical Central*, 17(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12885-017-3437-8>
- Rivera-Cisneros, A., Juárez-Díaz, N., Martínez-López, S., Campos-Castolo, M., Sánchez-González, J., Tena-Tamayo, C., & Manuell-lee, G. (2003). Estudio exploratorio sobre la enseñanza de la comunicación humana asociado a la práctica médica. *Cirugía y Cirujanos*, 71, 210–216. <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2003/cc033g.pdf>
- Rubia, J. M. D. La, & Rodríguez, J. M. (2009). Reacción ante el diagnóstico de cáncer en un hijo: estrés y afrontamiento. *Psicología y Salud*, 19(2), 189–196. <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-19-2/19-2/Jose-Moral-de-la-Rubia.pdf>
- Ruiz, R., Caballero, F., García, C., Monge, D., Cañas, F., & Castaño, P. (2017). Enseñar y aprender habilidades de comunicación clínica en la Facultad de Medicina. La experiencia de la Francisco de Vitoria (Madrid). *Educación Médica*, 18(4), 289–297. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.03.026>
- Schildmann, J., Kupfer, S., Burchardi, N., & Vollmann, J. (2012). Teaching and evaluating breaking bad news: A pre-post evaluation study of a teaching intervention for medical students and a comparative analysis of different measurement instruments and raters. *Patient Education and Counseling*, 86(2), 210–219. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.04.022>

- Sezen, C., Kocatük, C., Aker, C., Karapinar, K., Bilen, S., Yaran, O., Dincer, S., & Bedirhan, M. (2019). Evaluation of Anxiety Status and Reasons for Refusal of Surgical Treatment among Patients with Non-small Cell Lung Cancer. *Southern Clinics of Istanbul Eurasia*, 30(3), 238–242. <https://doi.org/10.14744/scie.2019.43043>
- Srikanthan, A., Leung, B., Shokoohi, A., Smrke, A., Bates, A., & Ho, C. (2019). Psychosocial distress scores and needs among newly diagnosed sarcoma patients: A provincial experience. *Hindawi*, 1–8. <https://doi.org/10.1155/2019/5302639>
- Stein, A., Dalton, L., Rapa, E., Bluebond-Langner, M., Hanington, L., Stein, K. F., Ziebland, S., Rochat, T., Harrop, E., Kelly, B., Bland, R., Betancourt, T., D'Souza, C., Fazel, M., Hochhauser, D., Kolucki, B., Lowney, A. C., Netsi, E., Richter, L., & Yousafzai, A. (2019). Communication with children and adolescents about the diagnosis of their own life-threatening condition. *The Lancet*, 393(10176), 1150–1163. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)33201-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)33201-X)
- Street, R. L., Spears, E., Madrid, S., & Mazor, K. M. (2018). Cancer survivors' experiences with breakdowns in patient-centered communication. *Psycho-Oncology*, 28(2), 423–429. <https://doi.org/10.1002/pon.4963>
- Taylor, B., Warnock, C., & Tod, A. (2019). Communication of a mesothelioma diagnosis: Developing recommendations to improve the patient experience. *BMJ Open Respiratory Research*, 6(1). <https://doi.org/10.1136/bmjresp-2019-000413>
- Téllez, A., García, C. H., & Corral-Verdugo, V. (2015). Effect size, confidence intervals and statistical power in psychological research. *Psychology in Russia: State of the Art*, 8(3), 27–47. <https://doi.org/10.11621/pir.2015.0303>
- Torishima, M., Urao, M., Nakayama, T., & Kosugi, S. (2020). Negative recollections regarding doctor-patient interactions among men receiving a prostate cancer diagnosis: a qualitative study of patient experiences in Japan. *BMJ Open*, 10(1), 1–8. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032251>
- Traverso, P., Williams, B., & Palacios, I. (2017). *La Comunicación Efectiva Como Elemento De Éxito En Los Negocios* (ECOTEC). <http://www.ecotec.edu.ec/content/uploads/2017/09/investigacion/libros/comunicacion-efectiva.pdf>

- Uitterhoeve, R., Bensing, J., Grol, R., Demulder, P., & Van Achterberg, T. (2010). The effect of communication skills training on patient outcomes in cancer care: A systematic review of the literature. *European Journal of Cancer Care*, *19*(4), 442–457. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2009.01082.x>
- Van, J., Van, A., Smets, E., Bronner, M., & Nguyen, M. (2017). Anxiety during cancer diagnosis: Examining the influence of monitoring coping style and treatment plan. *Psycho-Oncology*, *27*(2), 661–667. <https://doi.org/10.1002/pon.4560>
- Vandenbroucke, T., Han, S. N., Van, K., Wilderjans, T. F., Van, B. R. H., Claes, L., & Amant, F. (2017). Psychological distress and cognitive coping in pregnant women diagnosed with cancer and their partners. *Psycho-Oncology*, *26*(8), 1215–1221. <https://doi.org/10.1002/pon.4301>
- Wakefield, A., Cocksedge, S., & Boggis, C. (2006). Breaking bad news: Qualitative evaluation of an interprofessional learning opportunity. *Medical Teacher*, *28*(1), 53–58. <https://doi.org/10.1080/01421590500312805>
- Wang, C., Huang, P., Jiang, X., Li, Y., Guo, J., Yang, Y., & Guo, M. (2019). Study on the Relationship between Psychological Stress and Doctor-Patient Relationship of Cancer Patients and Their Families. *Journal of Behavioral and Brain Science*, *09*(04), 165–173. <https://doi.org/10.4236/jbbs.2019.94014>
- Ye, Z. J., Qiu, H. Z., Li, P. F., Liang, M. Z., Zhu, Y. F., Zeng, Z., Hu, G. Y., Wang, S. N., & Quan, X. M. (2017). Predicting changes in quality of life and emotional distress in Chinese patients with lung, gastric, and colon-rectal cancer diagnoses: the role of psychological resilience. *Psycho-Oncology*, *26*(6), 829–835. <https://doi.org/10.1002/pon.4237>
- Zhao, Q., Fang, C. K., Chen, L., Fan, Z., Jiang, H., Meng, L., & Zhang, L. (2018). Preference of cancer patients and family members regarding delivery of bad news and differences in clinical practice among medical staff. *Supportive Care in Cancer*, *27*(2), 583–589. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4348-1>
- Zikmund-Fisher, B. J., An, L. C., Kurian, A. W., Janz, N. K., McLeod, M. C., Hawley, S. T., Lee, K. L., Katz, S. J., Jagsi, R., & Li, Y. (2016). The impact of doctor–patient communication on patients’ perceptions of their risk of breast cancer recurrence.

*Breast Cancer Research and Treatment*, 161(3), 525–535.

<https://doi.org/10.1007/s10549-016-4076-5>

**ANEXOS**  
**INSTRUMENTOS**

- CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE PACIENTES.

Se le solicita participar en una investigación y se le pide que responda todas las preguntas sinceramente, escribiendo, marcando o subrayando la respuesta que usted elija, de acuerdo a las instrucciones de cada grupo de preguntas. No hay respuestas “correctas” o “incorrectas”. Los datos serán tratados de manera confidencial.

DG1. Edad: \_\_\_\_\_ DG2. Sexo: \_\_\_\_\_ DG3. Estado civil: \_\_\_\_\_

DG4. Trabaja: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ DG.5 Ingreso mensual: \_\_\_\_\_

DG6. Escolaridad en años (Ejemplo: Secundaria terminada 9 años): \_\_\_\_\_

DG7. Fecha del diagnóstico de cáncer: \_\_\_\_\_

DG8. Estadio/gravedad del cáncer: \_\_\_\_\_

DG9. Fecha de la recurrencia: \_\_\_\_\_

DG10. ¿Qué profesional de la salud le dio la noticia del diagnóstico del cáncer?

\_\_\_\_\_

DG11. ¿Estaba acompañado al momento de recibir el diagnóstico?:      SI      NO

DG12. En caso afirmativo, ¿Por quién / quiénes?: \_\_\_\_\_

DG13. En caso negativo, ¿Por qué motivo?: \_\_\_\_\_

- TERMÓMETRO DE DISTRÉS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS RECIÉN DIAGNOSTICADOS.

**Termómetro de distrés\***

**Distrés:** Experiencia displacentera multifactorial de naturaleza psicológica (cognitiva, conductual o emocional) que interfiere con la habilidad para enfrentar efectivamente el cáncer sus síntomas físicos y/o su tratamiento.

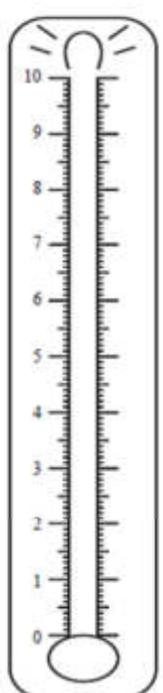
**Instrucciones:**

1. Por favor encierre en un círculo el número (0 al 10) que mejor describa qué tanto distrés ha experimentado en la última semana, incluyendo el día de hoy.

2. Por favor indique si ha tenido cualquiera de los siguientes problemas en la última semana, incluyendo el día de hoy. Asegúrese de marcar SÍ o NO para cada uno.

---

Distrés extremo



Sin distrés

	SÍ	NO	<b>Problemas prácticos</b>		SÍ	NO	<b>Problemas físicos</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuidados de los hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apariencia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Baño/vestido
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seguridad financiera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respiración
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cambios en la orina
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escuela/trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Constipación
	SÍ	NO	<b>Problemas familiares</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relación de pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alimentación
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relación con los hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fatiga
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensación de debilidad
	SÍ	NO	<b>Problemas emocionales</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Movilidad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Miedo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indigestión
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nerviosismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Memoria/Concentración
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tristeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en boca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Preocupación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Náusea
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de interés en las actividades habituales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nariz seca/congestión
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Preocupaciones religiosas o espirituales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas sexuales
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Piel seca/comazón
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas para dormir
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hormigueo en manos o pies

Otros problemas: \_\_\_\_\_

Almanza-Muñoz, J., Juárez, I., y Pérez, S. (2008). Traducción, adaptación y validación del termómetro de distrés en una muestra de pacientes mexicanos con cáncer. *Revista Sanidad Militar México*. 62(5): 209-217.

- CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS PARA MÉDICOS Y RESIDENTES.

Se le solicita participar en la investigación titulada como **“Capacitación en habilidades de malas noticias en médicos y su relación con niveles de distrés de pacientes: un estudio de factibilidad”** por favor, a continuación, complete el cuestionario de la manera más honesta posible. Los datos serán recolectados y tratados de forma confidencial para usos científicos.

A1: Encierre la profesión actual: A) Médico B) Residente

A2: Estado civil: \_\_\_\_\_ A3: Edad: \_\_\_\_\_

A4: Sexo: \_\_\_\_\_ A5: Área en que labora: \_\_\_\_\_

A6: Especialidad: \_\_\_\_\_ A7: Años laborando: \_\_\_\_\_

A8: Considerando una mala noticia como “la que va a cambiar de forma grave o adversa las perspectivas o expectativas del paciente sobre su futuro” (Baile, Buckman, Lenzi, Guber y Beale, 2000), ¿Cuándo fue la última vez que dio una mala noticia?: \_\_\_\_\_

A9: ¿Cuántas veces a la semana o al mes da las malas noticias?: \_\_\_\_\_

A10: A lo largo de su carrera o práctica profesional, ¿ha recibido capacitación sobre el proceso de dar malas noticias?: SI NO

A11: En caso de ser afirmativo, ¿Dónde recibió esa capacitación?:

- A) Pregrado B) Posgrado C) Cursos D) Congresos E) Seminarios F) Talleres  
G) Otros:

\_\_\_\_\_

A12: En cuanto a la capacitación en protocolos y guías clínicas para comunicar malas noticias a pacientes, ¿En cuál de los siguientes ha sido usted capacitado?

- A) SPIKES B) ABCDE C) Guía ASCO D) Otros:

\_\_\_\_\_

A13: En caso de ser negativo, ¿Dónde obtuvo el conocimiento para realizar esa tarea de la manera en que lo lleva a cabo?:

A) Experiencia como residente    B) A través de docente o médico    C) Colegas

D) Otros: \_\_\_\_\_