

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Medicina Humana

**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**

TESIS

Presentada por:

Bach. Angel Fabrizzio Bardales Silva

Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

TACNA - PERÚ

2012

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Medicina Humana

**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**

TESIS

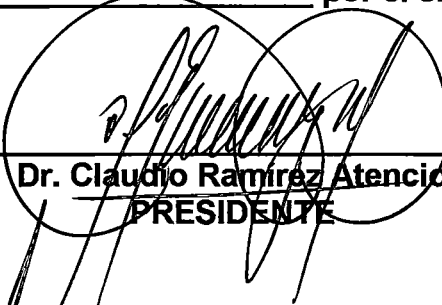
Presentada por:

Bach. ANGEL FABRIZIO BARDALES SILVA

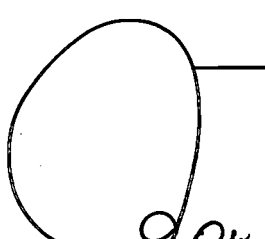
Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

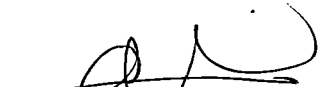
Aprobada por Unanimidad por el siguiente Jurado:




Dr. Claudio Ramírez Atencio
PRESIDENTE



Dr. José Luis Gómez Molina
MIEMBRO



Dr. Julio Aguilar Vilca
MIEMBRO



Dr. Eduardo López Villanueva
ASESOR

Registro N° _____ Escuela: MEDICINA HUMANA
Alumno: ANGEL FABRIZIO BARRALES SILVA
Fecha de Sustentación: 01-03-2012
Aprobado por: UNANIMIDAD Nota: 14 (CATORCE)
Calificativo: _____
Jurado: - DR. CLAUDIO RAMIREZ ATENCIO (PRESIDENTE)
- DR. JOSE LUIS GOMEZ ROLINA (MIEMBRO)
- DR. JULIO AGUILAR VILCA (MIEMBRO)
Observaciones: _____



M. J. J.
Secretario Académico
Administrativo

DEDICATORIA

A mis padres: Vicente y Loly. Todos mis éxitos, satisfacciones y alegrías se los dedico ellos, por su amor, apoyo y dedicación a mi formación integral como persona de bien.

A mi hermano Fernando, mi tía Rosa y mi primo Christian, como soporte a la realización de mis metas.

A todos mis maestros, porque gracias a su sabiduría he podido construir parte de mi esencia.

AGRADECIMIENTOS

Al Ilustre Hospital Nacional Guillermo Almenara -casa de experiencias únicas e inolvidables- que me acogió como miembro durante todo un año, motivo de inspiración para la realización de este trabajo.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I DEL PROBLEMA	3
1.1.- EL PROBLEMA	3
1.1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1.2.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	6
1.2.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO	6
1.3.- JUSTIFICACIÓN	9
CAPITULO II MARCO TEÓRICO	11
2.1.- DEFINICIONES	11
2.2.- MARCO CONCEPTUAL	11
2.3.- ANTECEDENTES	34
CAPITULO III MATERIALES Y MÉTODOS	40
3.1.- DISEÑO DEL ESTUDIO	40

3.2.- RECOLECCIÓN DE LOS DATOS	40
3.3.- ANÁLISIS DE INFORMACIÓN	41
3.4.- POBLACIÓN	41
3.5.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN	44
3.6.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	44
3.8.- VARIABLES DE ESTUDIO	45
CAPITULO IV RESULTADOS	48
CAPITULO V DISCUSION Y ANALISIS	73
CONCLUSIONES	82
RECOMENDACIONES	84
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
ANEXO	

RESUMEN

Introducción: La comunicación de malas noticias es una de las tareas más difíciles que deben enfrentar el personal de salud. Existen pocos estudios que tengan en cuenta la característica de la comunicación de las malas noticias.

Materiales y método: Un estudio descriptivo, de corte transversal, donde se estudió 317 profesionales que conformaron el Personal de Salud del Área de Hospitalización del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, durante el periodo Setiembre-Diciembre 2011. Se realizó un cuestionario estructurado donde se recogió información y recolectó datos que permitieron la realización de esta investigación.

Resultados: Pocos tuvieron instrucción formal (28%), con sólo la experiencia diaria (40%) como referencia. Se prefiere dar las malas noticias en un lugar privado (86%), pero pocos cuentan con lugares apropiados (36.9%) y aún menos lo realizan en la práctica (20%). Se informa al paciente sin percibir sus conocimientos (80%) ni conocer sus deseos (63%). La situación más difícil de informar es el Fallecimiento de una persona (45%) y el mayor motivo es la Reacción Afectiva del Receptor (61%). Se califica este proceso como Difícil (80%) y su desempeño es regular (66%), del mismo modo que el manejo de emociones al emitir Malas Noticias (67%). Se percibe de la Actividad de dar Malas Noticias como usual con una frecuencia aproximada de 1 Mala

Noticia por semana. Finalmente, se califica como Útil su instrucción (99%).

Conclusiones: El proceso de comunicación de malas noticias en el Área de Hospitalización del HNGAI, se caracteriza por una fuente de conocimientos informales y uso poco frecuente de un lugar adecuado para la emisión de malas noticias, con poco uso de las estrategias de comunicación, siendo la noticia más difícil de emitir el fallecimiento de un paciente y la reacción afectiva de los receptores de malas noticias, la principal situación que dificulta la emisión de malas noticias, evaluándose como una actividad difícil de realizar, con regular desempeño de realización e importante de difundir.

Palabras claves: Malas Noticias, Proceso de Comunicación, Manejo de Emociones.

ABSTRACT

Introduction: Breaking bad news is one of the most difficult tasks faced by health staff. Few studies take into account the characteristic of the communication of bad news.

Materials and Methods: A descriptive, cross-sectional study, which studied 317 singles Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen's Medical Staff of Inpatient Area, during the period September-December of 2011. We performed a quiz which gathered information and we collected data that allowed the realization of this research.

Results: Few had formal training (28%) with only the daily experience (40%) as a reference. He prefers to give the bad news in a private place (86%), but few have appropriate places (36.9%) and even less is done in practice (20%). The patient receipt information without perceiving their knowledge (80%) or their wishes known (63%). The more difficult situation to report is the peoples's death (45%) and the most difficult factor to break is reaction of the receiver (61%). It describes as difficult (80%) and average performance to breaking Bad News (66%) and Emotional Support (67%). Activity is perceived to give bad news as usual with a frequency of approximately 1 per week Bad News. Finally, the breaking bad news instruction is a good strategy (99%).

Conclusions: The deduction to breaking bad news in the HNGAI's Inpatient Area is characterized by informal knowledge and infrequent use of a special area to breaking bad news, with a little use of breaking strategies, being the death the most difficult and the emotional reaction of the patients, the main situation that makes the breaking bad news, It describes as a difficult activity to perform, with regular performance and significant achievement spread.

Keywords: Bad News, Communication Process, Emotions Management.

INTRODUCCIÓN

El informar a un paciente y a sus familiares sobre una mala noticia resulta ser una tarea que a pesar de poder percibirse en algunas situaciones como habitual resulta ser menos compleja. Así pues la labor de dar malas noticias en medicina va más allá de la expresión verbal de las palabras, porque trasciende otras esferas de la percepción del paciente: emociones, visión de futuro y perspectivas personales.

Así en los últimos años la forma de establecer y comunicar malas noticias ha tenido a alcanzar cierto auge generando documentos de recomendaciones y hasta "GUIAS DE CONSENSOS", y un creciente número de artículos de revisión. Sin embargo la dificultad inherente del tema y la complejidad de los factores que se asocian a los mismos hacen que sean escasos los estudios realizados y que la mayoría se centran en las preferencias de los pacientes.

Al investigar en la bibliografía se observa que existen componentes propios de la idiosincrasia de cada individuo o grupo de estudiados que generan resultados variados en los estudios referidos a este tema, que son muy escasos dentro del ámbito nacional, teniendo como base pocos estudios o revisiones sobre el tema ^(1,2), coincido que tal labor es difícil

con los matices particulares de la realidad y perspectiva de la bibliografía y personal estudiados.

Partiendo de esta premisa decidí realizar este trabajo con el objetivo de profundizar el proceso de comunicar las malas noticias, tratando de conocer la realidad de un problema saltante y presente, que reúne a todo el personal de salud a establecer estrategias de mejoría en la capacidad de informarlas, pues constituye uno de los lazos más íntimos de la relación médico paciente.

CAPITULO I

DEL PROBLEMA

1.1.- EL PROBLEMA

1.1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El proceso de cuidado de la salud va inherentemente relacionado al de enfermedad y muerte. En la práctica diaria de la actividad profesional médica debemos afrontar situaciones cotidianas como el poder informar a un paciente sobre el padecimiento de una enfermedad crónica, o en todo caso si no es crónica sobre un problema de muy mal pronóstico.

Sin lugar a dudas uno de las situaciones más difíciles dentro de este ámbito es el de comunicar malas noticias, siendo uno de los momentos críticos dentro de la comunicación médico-paciente, desencadenándose una serie de situaciones que se caracterizan por presentar un importante componente emocional que debe ser asimilado

dentro de una situación particular, y que todo médico y otros profesionales de la salud debe saber manejar.

Así la habilidad para poder enfrentar estas situaciones, debe ser parte de todo un proceso organizado que en la mayoría de los casos no ocurre, por diversas razones. En un simposio realizado en el año 1998 por la Sociedad Americana de Oncología registró que aproximadamente el 60% de los médicos oncólogos dan malas noticias de 5-20 veces al mes, 14% refiere que lo ha realizado más de 20 veces al mes. Igualmente se reportó que el 42% del total presentó dificultades para comunicarlas y que 47% considera que su actividad de comunicar las malas noticias es inadecuada ⁽³⁾

Núñez (en Emergencia) informa que 30% de los familiares de paciente fallecidos inesperadamente se quejaron sobre la manera que los profesionales que los atendieron se encontraban nerviosos, evasivos y fríos en sus intenciones ⁽⁴⁾

Si bien se realiza esta actividad con tanta frecuencia, el hacerlo tiene mucha dificultad, complicándose este cuadro al agregársele desinformación o falta de preparación para poder ejercerlo de la manera adecuada.

El poder enfocar estos problemas desde el punto de vista analítico de la realidad de nuestra población para poder empezar a construir soluciones que sean fáciles de aplicar y de uso masivo, es prioritario empezar desde los estudios básicos de nuestra carrera.

Actualmente, a nivel nacional, no existen guías prácticas sobre cómo informar malas noticias dentro de la estructura curricular regular de los cursos de Bioética y Deontología de las Facultades de Medicina ^(5, 6, 7, 8), careciendo de temas estratégicos que informen a los nuevos profesionales de la salud frente a la situación de dar las malas noticias de una mejor manera a los diversos receptores (paciente y familiares), igualmente no se han adaptado protocolos de comunicación de Malas Noticias en nuestros centros asistenciales, dificultando el actuar frente a una situación que de por sí lleva una carga máxima de ansiedad y es difícil de manejar, aumentando nuestro nivel de satisfacción frente a los receptores.

1.1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las características del proceso comunicativo de emisión de malas noticias por parte de los profesionales de salud del Área de Hospitalización del Hospital Nacional Guillermo Almenara, durante el periodo Setiembre – Diciembre del año 2011?

1.2.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO

1.2.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar las características del proceso comunicativo de emisión de malas noticias en los profesionales de salud del Área de Hospitalización del Hospital Nacional Guillermo Almenara, durante el periodo Setiembre – Diciembre del año 2011.

OBJETIVO ESPECIFICO

1. Determinar las fuentes de origen más comunes sobre los conocimientos en emisión de malas noticias en los profesionales de salud del Área de Hospitalización del

Hospital Nacional Guillermo Almenara, durante el periodo Setiembre – Diciembre del año 2011.

2. Determinar el proceso de preparación del área física para la emisión de malas noticias en los profesionales de salud del Área de Hospitalización del Hospital Nacional Guillermo Almenara, durante el periodo Setiembre – Diciembre del año 2011
3. Determinar el proceso de percepción del conocimiento del paciente sobre su cuadro y su uso al emitir malas noticias en los profesionales de salud del Área de Hospitalización del Hospital Nacional Guillermo Almenara, durante el periodo Setiembre – Diciembre del año 2011.
4. Determinar el proceso de capacidad de información a deseo del paciente y su uso al emitir malas noticias en los profesionales de salud del Área de Hospitalización del Hospital Nacional Guillermo Almenara, durante el periodo Setiembre – Diciembre del año 2011.
5. Determinar la preferencia de elección del receptor de malas noticias a los pacientes en los profesionales de salud del Área de Hospitalización del Hospital Nacional

Guillermo Almenara, durante el periodo Setiembre – Diciembre del año 2011.

6. Determinar la situación más difícil de emitir y la situación que dificulta la emisión de malas noticias en los profesionales de salud del Área de hospitalización del Hospital Nacional Guillermo Almenara, durante el periodo Setiembre – Diciembre del año 2011.
7. Determinar la importancia y uso del manejo de emociones al emitir malas noticias en los profesionales de salud del Área de hospitalización del Hospital Nacional Guillermo Almenara, durante el periodo Setiembre – Diciembre del año 2011.
8. Determinar la percepción de frecuencia y frecuencia aproximada, nivel de desempeño e importancia en la difusión de estrategias como parte del proceso de seguimiento y evaluación de emisión de malas noticias en los profesionales de salud del Área de Hospitalización del Hospital Nacional Guillermo Almenara, durante el periodo Setiembre – Diciembre del año 2011.

1.3.- JUSTIFICACIÓN

La presente investigación aborda una problemática saltante de nuestra realidad y que debe ser de interés local, pero a pesar su importancia, muy poca información se ha podido aportar en referencia a nuestro medio, más allá al de tipo referencial y con poca difusión del mismo, observándose la ausencia de protocolos de emisión de malas noticias en el Hospital Nacional Guillermo Almenara, a pesar de tener su condición de Hospital de Referencia Nacional y ejemplo para otros centros asistenciales, compartiendo esta triste realidad con otros Centros Hospitalarios de magnitud comparable, que día a día reciben una gran cantidad de usuarios demandantes de mejor atención y sobre todo de calidad humana.

Nuestro estudio constituye un trabajo de investigación realizable. Creemos que el desarrollo del tema propuesto es importante y se justifica, ya que permite aportar información necesaria para mejorar el nivel de conocimiento de los profesionales de la salud sobre una actividad de carácter cotidiano y permita un mejor desenvolvimiento ante este tipo de situaciones y lograr satisfacer las expectativas de nuestra población usuaria.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1.- DEFINICIONES

Malas Noticias: Según Buckman es la información sobre la salud de un individuo, dentro del contexto de la relación médico – paciente, que produce una alteración negativa en las expectativas personales en el presente y el futuro. ⁽¹⁰⁾

Comunicación: Es el proceso mediante el cual se puede transmitir información de una entidad a otra.

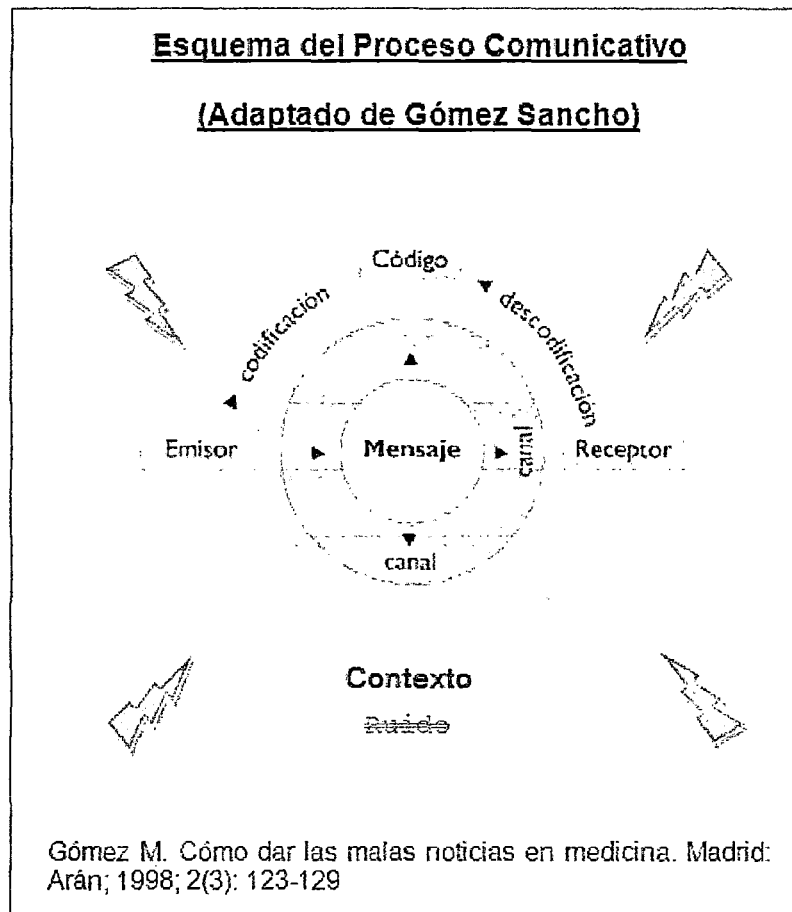
2.2.- MARCO CONCEPTUAL

La comunicación, junto con el control de los síntomas y el apoyo emocional son los instrumentos básicos que utilizamos en el desarrollo diario de nuestra profesión ⁽¹⁶⁾

Gracias a ella, en las relaciones humanas, somos capaces de transmitir al “otro” la información que queremos darle. En este acto intervienen distintos elementos:

- **Código:** Conjunto de **signos** y **reglas** que empelamos para dar forma a un mensaje, de tipo verbal y no verbal

- Emisor: Es el elemento que da la información, en este caso, el profesional sanitario.
- Receptor: Es el elemento quien recibe la información, en este caso, paciente, familiar...
- Canal: Es el medio por el que se transmite la información (aire, papel...)
- Mensaje: la información o noticia que se va a comunicar
- Código: Lenguaje que se utiliza (verbal, no verbal).
- Ruido: Cualquier interferencia que, afectando a cualquiera de los demás elementos, produce el fracaso en el acto de comunicación, introduciéndolo en nuestro tema, hablamos de aquellas circunstancias que entorpecen el proceso comunicativo.
- Contexto: Circunstancias temporales, espaciales y socioculturales que rodean el hecho o acto comunicativo y que permiten comprender el mensaje en su justa medida. ⁽¹⁷⁾



2.2.1.- LAS MALAS NOTICIAS

Cualquier información negativa sobre el estado de salud constituye una mala noticia. Pero, por supuesto, hay grados, que hasta cierto punto son subjetivas de cada individuo y dependen de sus experiencias vividas, su

personalidad, sus creencias religiosas o puntos de vista filosóficos, sus apoyos sociales y su fortaleza emocional.

Por tanto, pese a las dificultades que encierra establecer la definición de las malas noticias, la literatura médica actual da por válida la expresada por Buckman: *Es la información sobre la salud de un individuo, dentro del contexto de la relación entre el médico y el paciente, que produce una alteración negativa en las expectativas personales en el presente y el futuro.* ⁽¹⁰⁾

2.2.1.1.- ¿POR QUÈ ES DIFÍCIL DAR MALAS NOTICIAS?

Nosotros como médicos somos preparados esencialmente para llevar un manejo clínico de la salud. Así que nos sentimos muchos más cómodos dentro del ámbito científico-técnico, debido a la tendencia que tienen las distintas currículas de pregrado para instruir a los futuros médicos dentro de una actividad casi netamente asistencial. Las últimas tendencias tratan de agregar mayor campo a las ciencias sociales. Como en cualquier situación en la cual que se desconoce, el afrontar en la práctica el

poder manifestar a los pacientes o sus acompañantes de manera expresa un cambio radical de su salud hacia un posible destino funesto, las cosas se hacen inseguras, incluso de lo que hasta ese momento parecía seguro.

El luchar junto a la verdad y hacer frente a las emociones son situaciones difíciles. La sola idea de dar malas noticias a los pacientes se relacionan a la expresión de “fracaso”. De esta manera se pone en cuestión la infalibilidad de la habilidad del profesional de la salud, comprometiendo directamente el nivel de confianza creado entre el médico y el paciente, y de esta manera las expectativas creadas por el paciente, caen dentro de un gran vacío. ⁽¹⁶⁾

Ante esta situación de inseguridad se ha publicado en la literatura que sólo el 37% de los médicos que ofrecen malas noticias discuten francamente el pronóstico de su enfermedad con los pacientes ⁽¹⁸⁾

Esta inseguridad llega a derrumbar todo lo que se ha avanzado con la terapia o manejo del problema de un paciente, siendo uno de los factores más importantes que crean incertidumbre dentro de los planes para mejorar a nuestros usuarios.

Francamente es molesto reconocer que no se sabe dar malas noticias, siendo una labor casi cotidiana en la labor médica.

Cuando el cuadro evoluciona al absceso peritoneal, el paciente presenta clínica de toxicidad.

2.2.1.2.- MOTIVOS PARA INFORMAR

La tendencia de la vieja escuela, que primaba alrededor de los años 60 aplicaba en la mayoría de los casos la idea de no ofrecer las malas noticias, en especial a los pacientes terminales ⁽¹⁹⁾. Un dato curioso que se ha obtenido en España, informa que entre los años 80-90 se hizo un estudio donde se preguntó a gente común y corriente si les gustaría que

se les informara sobre el diagnóstico de cáncer, y el 40% refería que no lo quería y al preguntar lo mismo a familias que ya tenían pacientes oncológicos hasta un 76% refería que no se comunicara al familiar sobre el diagnóstico ⁽²⁰⁾. Es decir, cuando la enfermedad en el familiar es una realidad y no una hipótesis es cuando no deseamos que nuestros seres queridos sean informados.

En general los motivos para informar malas noticias se basan en lo siguiente:

1. Se ampara el derecho a la información con implicancias legales ante la negativa del mismo.

2. Una persona no informada no puede tomar decisiones y cada vez es mayor y más agresiva la tecnología diagnóstica y terapéutica de las neoplasias. Si el enfermo conoce su enfermedad y su pronóstico podrá decidir ⁽²¹⁾.

3. Además de decisiones respecto al proceso podrá, si lo desea y/o lo necesita, organizar temas laborales, familiares, entre otros.

4. El último y, quizá más importante motivo para informar, es el acompañamiento: si el enfermo y su entorno conocen el diagnóstico y pronóstico pueden compartir el sufrimiento y vivir este periodo del final de la vida de forma más o menos significativa (22).

Hay dos situaciones en las que no estamos obligados a informar de un diagnóstico nuevo:

a. Cuando el paciente expresa el deseo de no ser informado sin tratarse de una negación de la realidad, siendo un derecho legítimo del paciente.

b. En la llamada situación de privilegio terapéutico, que es cuando consideramos que la información le va a producir un daño psicológico muy grave. Es el caso, por ejemplo, de enfermedades psiquiátricas severas previas al diagnóstico de cáncer (23).

2.2.2.- FACTORES QUE DIFICULTAN LA COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS

Superado en las últimas décadas el modelo paternalista/proteccionista de la relación médico-enfermo, el paciente tiene el derecho, por razones éticas y legales, de solicitar al médico que le explique su enfermedad, sus posibilidades de curación, y otras posibles situaciones, para poder ser copartícipe de las decisiones terapéuticas ⁽²⁴⁾.

No obstante, una parte significativa de pacientes no desean conocer la verdad de su diagnóstico, y esto obliga al médico a la tarea añadida de identificar a este subgrupo de pacientes antes de plantearse la revelación de cualquier diagnóstico adverso. Por otro lado, los avances en Medicina obligan, a explicar conceptos complicados de una forma comprensible para el paciente y la familia.

Los factores que dificultan la comunicación de malas noticias pueden provenir del ambiente sociocultural, del paciente o del propio médico ⁽²⁵⁾

2.2.2.1. FACTORES SOCIOCULTURALES

En una sociedad donde priman modelos donde destacan la juventud y la salud identificados con la riqueza y el triunfo social. Explicar una información de carácter adverso implica una deformación y desviación al modelo cultural. Esta sensación de desvalorización social puede ser aún más dolorosa cuando la mala noticia lleva implícita el riesgo de morir. ⁽²⁶⁾ Lo otro es la idealización médica, pensando muchas veces que existe una cura para cada enfermedad colocando al paciente en un nivel de exigencia de escuchar noticias buenas.

2.2.2.2. FACTORES DEL PACIENTE

Quizás el más importante. Así el impacto que una enfermedad grave va a tener sobre un determinado paciente desde su propio conocimiento de esa enfermedad es una variable difícil de manejar y particular para cada caso. Muchos pacientes asumen con total naturalidad enfermedades o

minusvalías que para nosotros serían muy duras de sobrellevar.

Dentro del mismo hay distintos aspectos que varían la percepción y recepción de la información como la edad, el núcleo familiar, la condición económica, nivel psicológico, enfermedades previas y muchos otros ejemplos más. Todos de alguna manera deben ser estudiados de manera integral por el personal sanitario, con la finalidad de conocer a su paciente y determinar, antes de comenzar a hablar, qué sabe, qué está dispuesto a saber y cuál es el estado de ánimo del paciente ante el anuncio de su dolencia. Existen técnicas que pueden facilitar esta incómoda tarea ⁽¹⁸⁾

2.2.2.3. FACTORES DEL MÉDICO

Constituidos principalmente por los temores que experimentan los profesionales sanitarios ante las eventuales repercusiones que la comunicación de una

mala noticia puede desencadenar en el tándem médico-enfermo ⁽²⁷⁾.

Temor a causar dolor: expresado en el juramento Hipocrático donde refleja la obligación ética de no producir o evitar todo dolor al paciente, la formación del principio de *primun non nocere*: la idea de infligir dolor, tanto físico como moral, resulta algo rechazable. Esto puede inducir en los médicos actitudes evasivas respecto a comunicar diagnósticos adversos o la de minimizar peligrosamente la gravedad de los mismos.

Temor al fracaso terapéutico: como se apuntó en el apartado de «Factores socioculturales», la idea de tener el poder de hacerlo todo y finalmente curar al paciente es contraproducente. Por todo ello muchos médicos, especialmente los más jóvenes, pueden vivir la ausencia o insuficiencia del tratamiento como un fracaso profesional. La no aceptación del médico de la ineficacia de un tratamiento puede conducir a la perseverancia en la administración de una terapia a pesar de su constatada ineficiencia o a probar con

otros tratamientos, ya experimentales o no suficientemente probados, con el consiguiente riesgo para el paciente.

Temor legal: las demandas a médicos por parte de pacientes han ido en progresión geométrica desde los años setenta en los países avanzados. La «judicialización» de la Medicina tiende a generar en la sociedad actual el convencimiento de que todo ciudadano tiene derecho no sólo a la asistencia sanitaria, sino también a ser curado, y que cualquier fracaso terapéutico siempre se debe a un error o negligencia (ya sea humana o del sistema) que merece castigo penal y resarcimiento civil.

Temor a expresar las propias emociones: los profesionales de la salud (especialmente los médicos) tienen dificultades para expresar sus propios sentimientos ante los pacientes. Estas trabas provienen de su formación específica. Son entrenados para permanecer en calma, para poder pensar de forma clara y lógica, incluso en las situaciones más urgentes. Dado que la conexión empática con el

paciente requiere la participación emocional del médico, la dificultad para expresar sentimientos actuará a modo de barrera comunicativa.

2.2.3.- PROTOCOLO DE LAS SEIS ETAPAS DE BUCKMAN

Al hablar de estrategias para dar malas noticias vamos a comentar en detalle la Escala de Buckman, experto que estudia sobre el tema desde principios de la década de los ochenta, catalogado como el referente mundial sobre el tema. La escala es usada con frecuencia dentro de áreas donde es común el ofrecer malas noticias (Oncología, Geriatría, Unidades de Cuidados Intensivo) y que permite recorrer el proceso de cómo informar al paciente desde el poder informarle que padece de una enfermedad con repercusión en su tiempo de vida y de cómo apoyarle emocionalmente tras la información.

Se le llama, también, estrategia de las 6 etapas. Las etapas descritas por Buckman y Cols. (2000) deben ser recorridas de la primera a la sexta, en orden correlativo, avanzando de acuerdo al ritmo que el paciente manifieste

pudiendo detenerse en cualquiera de los pasos si es que es su deseo ⁽²¹⁾.

A continuación se exponen los 6 pasos del Protocolo propuesto por Buckman:

2.2.3.1. PRIMERA ETAPA: PREPARAR EL CONTEXTO FÍSICO MÁS ADECUADO

Es decir *Preparar el entorno*. Se requiere ya la certeza del diagnóstico. Prepararemos el entorno tal con todo lo que necesitemos: un lugar, hora del día y momentos adecuados, apoyos familiares. Para complementar la evaluación se podrá usar una pequeña evaluación del estado emocional del paciente para averiguar si es el momento más adecuado para dar la mala noticia; por ejemplo, *¿Cómo se encuentra hoy?*, o *¿Qué tal, cómo se siente?*, o *¿Se siente hoy lo suficientemente bien para hablar un rato?* (dependiendo de la situación se elegirá una de estas preguntas o alguna similar).

2.2.3.2. SEGUNDA ETAPA: AVERIGUAR CUÁNTO SABE EL PACIENTE

Esta fase es muy importante, ya que el paciente a menudo presenta ideas o al menos sospechas que pueden ahorrar mucho camino al profesional (como ejemplo: un paciente fumador que ha estado ingresado porque le encontraron una lesión en el pulmón y le han hecho diversas pruebas en el hospital incluida una broncospía).

Hay que tener en cuenta que el profesional no es el único medio de información ⁽²⁷⁾. El paciente recibe información a través de otros enfermos, de medios diagnósticos o terapéuticos, de otros profesionales o de los medios de comunicación (actualmente internet es una herramienta abierta para todos con abundante información sobre cualquier tema) Según Formigós en un estudio hecho en la población de España, 1 de cada 6 pacientes se informan en internet sobre su problema antes de ir a una consulta ⁽²⁸⁾. El aporte de la información y el impacto que puede producir dependerán en gran medida de la correcta ejecución de esta fase.

Se realiza mediante preguntas indirectas abiertas y escucha activa con técnicas de apoyo narrativo, concentrando la atención en sus expresiones y lo que nos informa. Interesa particularmente saber la percepción de gravedad y cómo puede afectar a su futuro. Entre otro tipo de información a recabar es reconocer la impresión a la naturaleza real de su problema; sus características primordiales: nivel educacional, capacidad de expresión y preparación.

Por otro lado, este tipo de preguntas en una persona que no sospeche nada pueden ayudar a aclimatarlo a la nueva situación.

Otra ventaja añadida de una correcta ejecución de esta fase es evitar los mensajes más o menos contradictorios que entre distintos profesionales se producen a menudo, ya sea por distinto criterio, por miedo a decir la verdad, por inseguridad o desconocimiento.

2.2.3.3. TERCERA ETAPA: ENCONTRAR LO QUE EL PACIENTE QUIERE SABER

Esta fase es fundamental a la hora de compartir información posterior con los pacientes. Nos permite reconocer qué es lo que nuestro usuario quiere saber y saber cuánta información es capaz de asimilar en cada entrevista. En ocasiones este tipo de preguntas puede parecer que «desvela» información o que incluso puede causar más estrés en los propios pacientes, pero la realidad es que si se realiza bien, puede clarificar muchas cosas al profesional sin perjudicar al paciente.

En caso de que el paciente exprese su preferencia por no discutir el tema o lo dé a entender, debemos dejar siempre abierta la puerta, ya que un porcentaje de ellos pueden cambiar de opinión posteriormente. Pero el respeto a la decisión del paciente debe ser obvio.

Tenemos que aceptar su silencio, sus evasivas o su negativa a ser informado pero ofreciéndole siempre una nueva posibilidad.

2.2.3.4. CUARTA ETAPA: COMPARTIR LA INFORMACIÓN

Luego de su consentimiento procederemos a informarle sobre su estado y caso al paciente. Si el paciente lo negó, pasaremos a discutir el plan terapéutico.

El aporte de la información aquí tiene un doble papel: que el paciente conozca su proceso y realizar un diálogo terapéutico. Lo primero es «alinearnos» con el paciente, partiendo del nivel de información que ya tiene. A continuación se deciden los objetivos de la entrevista: qué aspectos informativos y educacionales van a ser tratados. Es esencial tener una agenda clara, siempre muy abierta a la agenda del propio paciente. A partir de aquí empezaremos a abordar elementos del diagnóstico, tratamiento, pronóstico o apoyo del paciente en función de las necesidades. Y por sobre todo informar con la verdad, se habla de un término importante en este rubro que es la “verdad soportable”. Todos los anteriores pasos permitirán conocer y establecer cuánto y cómo informarle de su estado. El ocultar la verdad es una falta a la ética y es penado por la ley en todos los países del globo.

En esta fase es importante ser consciente del derecho del paciente a tomar sus propias decisiones, en relación al tratamiento principalmente, y que ello no genere frustración en el profesional si no coincide con su visión de la situación.

Como ya se ha dado a entender, esta fase puede ser simultánea a la etapa anterior, siendo la petición del paciente de más información la que nos detalla su capacidad de asimilación y la que nos permite decidir cuánta información debemos darle.

Tras la información debemos, en cada entrevista, hacer un resumen comprobando qué ha entendido el paciente y enfatizando las posibilidades terapéuticas y/o curativas si las hay

2.2.3.5. QUINTA ETAPA: RESPONDER A LOS SENTIMIENTOS DEL PACIENTE

Consiste básicamente en identificar y reconocer las reacciones de los pacientes. Sólo si somos capaces de apoyar al paciente en sus emociones estaríamos moralmente autorizados a informarle. Por ejemplo: sería inhumano dar un diagnóstico de cáncer no curable a un paciente y dejarlo en abandono con toda una compleja cascada emocional.

Unas malas noticias bien comunicadas pueden fracasar si el profesional no desarrolla adecuadamente esta fase.

Las reacciones más frecuentes son ansiedad, miedo, tristeza, agresividad, negación y ambivalencia. Todas las respuestas pueden mezclarse en el tiempo y hemos de respetarlas y estar atentos para poder ayudar adecuadamente. Como elementos importantes hay que destacar aquí el papel de los silencios, la empatía no verbal y la escucha y el respeto al paciente. Una negativa persistente puede significar que la persona no está

preparada para el diagnóstico. Las ambivalencias, escapadas de la realidad, también hay que respetarlas porque necesitan salir de su realidad tan dolorosa. Respetémoslas sin propiciarlas.

2.2.3.6. SEXTA ETAPA: RESPONDER A LOS SENTIMIENTOS DEL PACIENTE

Informamos, recogemos la respuesta emocional y le ofrecemos un plan de cuidados: nos comprometemos a apoyarle, aliviarle los síntomas, compartir sus preocupaciones y miedos.

El seguimiento debe ser consensuado por ambos. El profesional debe dejar claro al paciente que siempre estará a su disposición para lo que necesite. Debe estar continuamente atento a los problemas o preocupaciones del enfermo, y movilizar también todas las fuentes de apoyo familiar o social que sean necesarias en cada momento. Debe aclararse la continuidad de nuestra atención en estos aspectos comunicacionales tanto como en el proceso físico.

La actitud obviamente debe ser positiva, preparándose para lo peor cuando exista esta posibilidad y esperando lo mejor, sin falsas esperanzas y sin aportar información no real.

Debe planificarse una determinada estrategia en relación al número de visitas, fases del tratamiento, etc. El paciente debe comprobar que controlamos la situación.

2.2.3.7. EVALUACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS UTILIZADAS.

Por último todo el proceso debe requerir de evaluaciones continuas para ver el progreso de nuestra labor y la del paciente, se podrán mejorar detalles que en una sola entrevista, haciendo de toda esta maquinaria comunicativa un modelo dinámico y sistematizado, que permite adaptarse a las necesidades de cada paciente ⁽²⁴⁾.

Cualquier información negativa sobre el estado de salud constituye una mala noticia. Pero, por supuesto, hay grados, que hasta cierto punto son subjetivas de cada individuo y dependen de sus experiencias vividas, su

personalidad, sus creencias religiosas o puntos de vista filosóficos, sus apoyos sociales y su fortaleza emocional.

Por tanto, pese a las dificultades que encierra establecer la definición de las malas noticias, la literatura médica actual da por válida la expresada por Buckman: *Es la información sobre la salud de un individuo, dentro del contexto de la relación entre el médico y el paciente, que produce una alteración negativa en las expectativas personales en el presente y el futuro.* ⁽¹⁰⁾

2.3.- ANTECEDENTES

A NIVEL LOCAL

No hay evidencias de trabajos semejantes

A NIVEL NACIONAL

Muñoz: Opinión de médicos y pacientes: Estudio realizado en los Servicios de Medicina Interna, Cirugía y Ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima, Abril-Setiembre – 2000 ⁽²⁾

Referido en el material digital de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, pero que no se ha podido encontrar el informe de tesis.

Tsuchida y Bandrés en su investigación: **Actitudes de los médicos residentes ante la enfermedad terminal y los cuidados al final de la vida** ⁽¹⁵⁾

Realizado en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas de Lima, refiere datos sobre la percepción actitudes por parte del receptor de las Malas Noticias.

A NIVEL INTERNACIONAL

Buckman y Col. ²

Médico oncólogo, el predecesor y uno de los principales exponentes del tema a nivel mundial, inicia su disertación sobre el modo de dar malas noticias en su publicación de Mayo de 1984 ⁽¹⁰⁾, expresando las dificultades que tiene el médico para dar las malas noticias, entre ellos la culpa, lo desconocido y miedo a la expresión de emociones, sentando las bases sobre este tratado, estableciendo que explotando las bondades de la relación médico paciente se pueden dar buenos resultados al mejorar la

satisfacción del paciente y sus familiares al informar malas noticias. En un estudio posterior denominado: "How To Break Bad News: A Guide for Health Care Professionals" - Cómo dar malas noticias: Una Guía para profesionales de la salud ⁽¹¹⁾, publicado por la Universidad Johns Hopkins año 1992, establece el concepto de malas noticias y la estrategia SPIKES (Escenario, Percepción, Invitación, Conocimientos, Empatía, Estrategia y Resumen) un protocolo de pasos correlativos para dar malas noticias, aplicado sobre todo en los servicios de oncología y cuidados intensivos, donde se realiza de manera casi rutinaria, con difusión y aplicación en distintas partes del mundo.

Núñez. y Col.⁽¹²⁾

Procedimientos y habilidades para la comunicación de las malas noticias en urgencias.

Publicado en Tenerife el 2006, establece que 0.7% de las consultas generales, terminan con muerte en el servicio de emergencia y donde 12% son muertes súbitas y 65% imprevisibles. De las personas que reciben malas noticias cerca del 30% percibe una actitud fría y poco empática en el emisor de malas noticias, percibido sobre todo por el lenguaje no verbal de la comunicación.

García Reyes. y Col. ⁽¹³⁾

¿Cómo se dan las malas noticias de enfermedad terminal por un grupo médico no especializado en cuidados paliativos?

Expuesto en la Revista Mexicana de Anestesiología, Edición de Enero-Marzo 2008, encontró como resultados: el 56.0% de los encuestados jamás recibió capacitación para dar malas noticias, y creen que su capacidad para dar malas noticias es de mala a regular. El 96.0% considera que el enfermo debe conocer su diagnóstico; sólo el 38.0% de los residentes pregunta al paciente hasta dónde desea conocer el pronóstico de su enfermedad. El 8.0% considera informar únicamente al familiar responsable. El 100% respondió que si ellos fueran el paciente desearían ser informados en caso de presentar una enfermedad terminal. Sólo el 58.0% ha tenido experiencia de recibir malas noticias, ésta influyó positivamente en su desarrollo profesional. El 80.0% reconoce necesitar capacitación en este tópico

Revista Americana de Oncología. ⁽³⁾

En un simposio realizado el año 1998 registró los siguientes datos que aproximadamente el 60% de los médicos oncólogos dan

malas noticias 5 a 20 veces al mes, reportando que el 42% presentó dificultad para comunicarlas, 47% considera que su actividad de comunicar malas noticias es inadecuada

Payán y Col. ⁽¹⁴⁾

Barriers and facilitating communication skills for breaking bad news: from the specialist's practice perspective

Estudio colombiano del Año 2009 donde estudia a 88 médicos de 6 Hospitales distintos, establece distintas estrategias que son usadas por los profesionales para abordar el hecho de Informar Malas Noticias. Dentro de sus resultados cabe destacar, que el 54% durante la preparación de la entrevista busca un lugar en privado todas las veces o la mayoría de las veces para informar las malas noticias. En el momento de la entrevista, cuando se intenta conocer a su paciente, el 91% de los facultativos trata de saber el nivel de conocimiento de su paciente sobre su enfermedad, e igual proporción trata de conocer las preferencias de sus pacientes y el 82% reconoce las emociones propias y trata de facilitar las expresiones de sus pacientes. Cuando se encuentran informando a sus pacientes cerca del 61% expresa o siente alguna emoción, de los cuales el 60% siente tristeza, el 39.1% ansiedad, el

30.5% desesperación, el 28.1% siente usualmente frustración, el 4.9% siente miedo ante alguna reacción inesperada del paciente y sólo 1.2% culpa. Referido sobre conocimientos y entrenamiento el 41.5% no conocen sobre protocolos para dar malas noticias; sólo 7.3% piensa que ha recibido un entrenamiento adecuado sobre aspectos para dar malas noticias y el 73.2% no ha recibido algún tipo de entrenamiento para hacerlo. De los que no han recibido Información al respecto el 30.5% tienen un moderado deseo de recibir algún tipo de entrenamiento para hacerlo. En referencia al sitio usado el 69.5% refiere que se encuentra en el lugar adecuado para comunicar las Malas Noticias.

CAPITULO III

MATERIAL Y MÉTODOS

3.1.- DISEÑO DEL ESTUDIO

El presente estudio es descriptivo, prospectivo, de corte transversal, en el período del 1º de Setiembre del 2011 al 31 de Diciembre 2011.

3.2.- RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

El personal de salud que ingresó al estudio fueron todos aquellos trabajadores en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen que cumplieron los criterios de inclusión del presente estudio. La información requerida se obtuvo a través de la realización de la Encuesta "CUESTIONARIO SOBRE EL PROCESO DE EMISIÓN DE MALAS NOTICIAS - PROFESIONALES DE SALUD – HNGAI" adaptado del original "Breaking Bad News Questionary" de Buckman y modificado por García-Reyes y Cols., que puede apreciarse en el ANEXO N° 01, usado entre los meses de setiembre y diciembre del año 2011,

construyendo a partir de este instrumento una base de datos que considera información general de las características del proceso comunicativo de malas noticias.

3.3.- ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

Se procedió a recabar la información requerida, posteriormente se ordenó y codificó, y me permitió construir una base de datos, procesada a través de un Software estadístico (Microsoft Excel 2007 y SPSS Statistics Versión 20.0-Versión de Prueba). La base de datos nos permitió manejar toda la información del personal de salud que llegaron a conformar el estudio.

Los resultados se presentan en tablas y gráficos descriptivos, haciendo uso de la tecnología proporcionada por los programas descritos.

3.4.- POBLACIÓN

La población estuvo conformada por todos los profesionales de salud que trabajan en el área de hospitalización del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante Setiembre-Diciembre del 2011, conformada por un total de 1870 personas, de las cuales

1850 personas cumplen con los criterios de inclusión. De acuerdo al registro de personal se encontraron 447 Médicos Asistentes (24.16%), 140 Médicos Residentes (7.56%), 1226 Enfermeras (66.27%) y 37 Obstetrices (2%), expresando de manera respectiva el porcentaje en referencia a la cantidad del total de la población. Por el gran tamaño y heterogeneidad de esta población se obtuvo en primera instancia, la muestra a través del MÉTODO PROBABILÍSTICO ESTRATIFICADO.

Categoría del Personal de Salud	Cantidad en personas	Porcentaje (%)	Valor de Muestra
Médico Asistente	447	24.16	77
Médico Residente	140	7.56	24
Enfermera	1226	66.27	209
Obstetriz	37	2.00	7
Totales	1850	100 %	317

MUESTRA

Marco Muestral:

Se utilizó el registro de personal del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, donde se obtuvo un total de muestra con 1884 personas, que conforman a los profesionales del área de

hospitalización del Hospital Nacional Guillermo Almenara – EsSalud, de los cuales 1850 cumplen los criterios de inclusión presente para el momento de determinación de la muestra.

Tamaño de Muestra:

Determinamos el tamaño de la muestra con un valor de margen de error de 0.05 y un nivel de confianza del 95%, para una población de 1850 profesionales que cumplen con los criterios de inclusión, obteniéndose una muestra de 317.

Fórmula

$$n = \frac{Z^2 (pq) N}{NE^2 + Z^2 pq}$$

n = tamaño de la muestra

Z = valor correspondiente al estadístico Z, en este caso para un intervalo de confianza del 95%, que será 1.96

p y q = Valores proporcionales del estudio en este caso, de 0.5

N = tamaño de la población: 1850

E = valor de precisión absoluta, para este estudio será de 0.05

Técnica de Muestreo

Tras este cálculo se procedió al uso del MUESTREO ALEATORIO ESTRATIFICADO, justificado en esta ocasión por la falta de homogeneidad al contar 4 subpoblaciones (médicos asistentes, médicos residentes, enfermeros y obstetras), permitiendo la obtención de los 4 estratos respectivos.

Unidad de Muestreo:

Cada personal de salud seleccionado para el estudio.

Unidad de Análisis:

Estará constituida por el instrumento llenado por el personal de salud seleccionado.

3.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Consentimiento para aplicación del instrumento de recolección de datos

3.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Tiempo de labor menor a 3 meses en el Hospital Nacional Guillermo Almenara – EsSalud de Lima.

3.7.- VARIABLES DEL ESTUDIO

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Tipo de Variable	Nivel de Medición	Dimensión	Indicador
Origen de la información para emisión de malas noticias.	Cuantitativa	Nominal	Fuente de origen	Formal Informal
Preparación del Contexto Físico	Cualitativa	Nominal	Área Física de emisión de malas noticias	Privado Pasadizo Junto a la cama Ninguno
			Posesión de área idónea	Si No
			Uso en práctica diaria	Si No
Percepción Sobre El Conocimiento Del Paciente	Cualitativa	Nominal	Reconocimiento de la importancia	Si No
			Uso en la práctica diaria	Si No
Capacidad para informar a deseo del paciente	Cualitativa	Nominal	Identificación de deseo del paciente	Informa sin conocer deseos Informa bajo deseo Informa lo que soporte Ninguna

Elección de Receptor de Malas Noticias	Cualitativa	Nominal	Selección del receptor de malas noticias	Paciente Familia Ambos
La Mala Noticia más Difícil	Cualitativa	Nominal	Selección de la noticia más difícil	Diagnóstico de enfermedad de mal pronóstico Recurrencia de una enfermedad Uso de tratamiento paliativos Discutir manejo a término de la vida Fallecimiento de una persona
Manejo de Emociones	Cualitativa	Nominal	Situaciones que dificultan la emisión de malas noticias	Reacción afectiva de los receptores La ansiedad y expectativa Falta de conocimientos La idea de fracaso en la labor Temor de exponer sentimientos en el proceso Otros

Seguimiento y Evaluación de La Estrategia de Emisión de Malas Noticias	Cualitativa	Nominal	Reconocimiento de frecuencia	Si No
			Frecuencia aproximada	Nunca Casi nunca: 1-2 veces mensual/ quincenal Usualmente: 1 vez por semana Frecuente: 1 vez cada 2-3d Muy frecuente: más de 1 vez diaria.
			Dificultad en emisión de Malas noticias	Muy fácil Fácil Difícil Muy difícil
			Desempeño en emisión de malas noticias	Buena Regular Mala
			Desempeño en manejo de emociones	Buena Regular Mala
			Reconocimiento de importancia de capacitación	Si No

CAPITULO IV

4.1.- RESULTADOS

Durante los 04 meses de estudio (01 de Setiembre del 2011 al 31 de Diciembre del 2011) se basó en el estudio de 317 profesionales de salud, que se presentan una edad media de 38.3 ± 10.3 años, a predominio femenino, siendo el grupo de mayor proporción de solteros y que laboran en el Área Quirúrgica, y de origen universitario estatal.

Luego de la presentación, se esquematizan los resultados mediante cuadros y gráficos.

CUADRO N° 01

**DISTRIBUCIÓN POR GRUPO ETARIO Y SEXO DEL PROFESIONAL
DE SALUD DEL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN – HNGAI. SETIEMBRE
DICIEMBRE - 2011**

GRUPO ETARIO	VARONES		MUJERES		TOTAL	
	n°	%	n°	%	n°	%
Menor de 25 años	1	0.31%	13	4.11%	14	4.42%
25 a 34 años	55	17.35%	78	24.61%	133	41.96%
35 a 44 años	49	15.45%	46	14.52%	95	29.97%
45 a 55 años	20	6.31%	33	10.41%	53	16.72%
Mayor a 55 años	16	5.04%	6	1.90%	22	6.94%
TOTAL	141	44.47%	176	55.53%	317	100%
Rango	26-68 años		24-61 años		24-68 años	
Promedio	39.8 años		36.2 años		38.3 años	
Desviación Estándar	9.9 años		9.2 años		10.3 años	
Mediana					34 años	

Fuente: Instrumento de Recolección: **CUESTIONARIO SOBRE EL
PROCESO DE COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS- PEMN -**

HNGAI

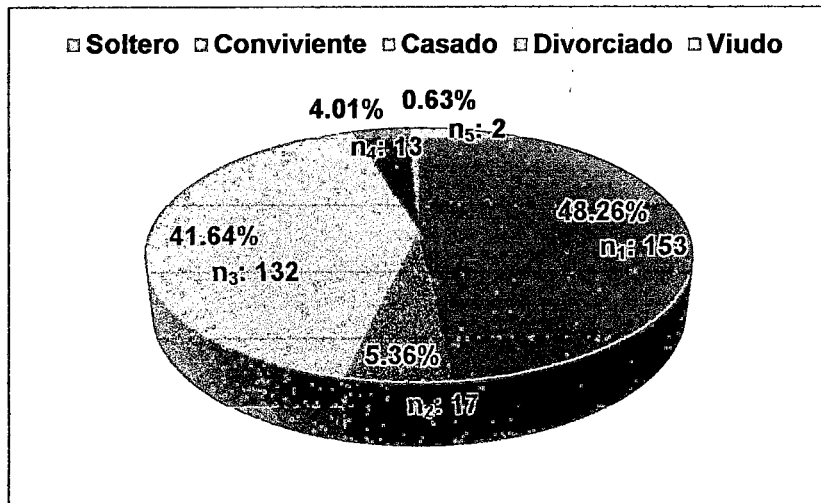
En el Cuadro N° 01, se aprecia la distribución por sexo demostrando predominancia del sexo femenino con 55.53% (176 profesionales) respecto al sexo masculino con 44.47% (141 profesionales).

En cuanto a la distribución por grupo de edades se observa que el grupo de 25 a 34 años presenta la mayor frecuencia con 41.96% (133 profesionales) seguido del grupo de 35 a 44 años con 29.97% (95 profesionales).

El promedio de edad de los profesionales de salud del Área de Hospitalización es 38.3 ± 10.3 años. La mediana es de 34 años. La edad mínima es de 24 años y la edad máxima es de 68 años. La edad promedio en varones es de 39.8 ± 9.9 años, con una edad mínima de 26 años y una edad máxima de 68 años. La edad promedio en mujeres es de 36.2 ± 9.2 años, con una edad mínima de 24 años y edad máxima de 61 años.

GRÁFICO N° 01

ESTADO CIVIL DEL PROFESIONAL DE SALUD DEL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN – HNGAI. SETIEMBRE DICIEMBRE - 2011



Fuente: Instrumento de Recolección: **PEMN - HNGAI**

En el gráfico N° 01, se observa el Estado Civil en los profesionales de salud con un mayor porcentaje del grupo Soltero con 48.26% (153 profesionales), seguido del grupo Casado con 41.64% (132 profesionales).

CUADRO N° 02

DISTRIBUCIÓN DEL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN POR TIPO PROFESIONAL DE SALUD – HNGAI.

SETIEMBRE DICIEMBRE - 2011

Área	Total		Médicos Asistentes		Médicos Residentes		Enfermeras (os)		Obstetrices	
	N	%	n ₁	%	n ₂	%	n ₃	%	n ₄	%
Médicas	107	33.75	25	32.46	6	25.00	76	36.36	0	0.00
Quirúrgicas	133	41.95	30	38.98	7	29.17	96	45.93	0	0.00
Cuidados Críticos	35	11.04	9	11.68	3	12.50	23	11.01	0	0.00
Gineco-Obstétricas	14	4.41	5	6.49	2	8.33	0	0.00	7	100.00
Pediatría	24	7.57	8	10.38	2	8.33	14	6.70	0	0.00
Otros	4	1.26	0	0.00	4	16.67	0	0.00	0	0.00
Total	317	100	77	100.00	24	100.00	209	100.00	7	100.00

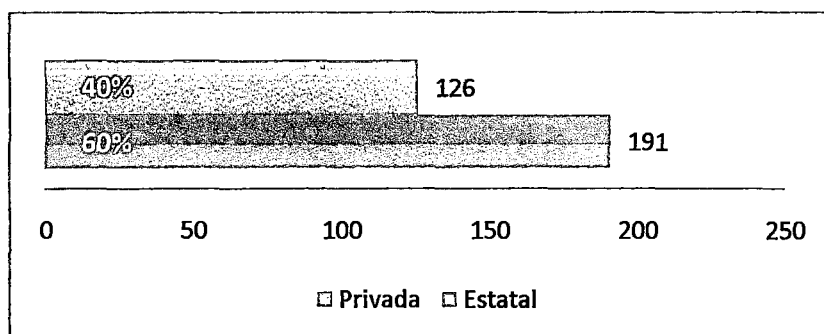
Fuente: Instrumento de Recolección: PEMN - HNGAI

En el cuadro N° 02, se observa la Distribución del Área de Hospitalización en relación al tipo de profesional de salud con un mayor porcentaje del grupo Quirúrgicas con 41.95% (133 profesionales) seguido del grupo Médicas con 33.75% (107 profesionales).

Apreciando a los tipo de Profesionales de Salud, los Médicos Asistentes tienen mayor frecuencia en el Área Quirúrgica con 38.98% (30 médicos asistentes), los Médicos Residentes igualmente mayor frecuencia en el Área Quirúrgica con 29.17% (7 residentes), los Enfermeros, de la misma manera, mayor frecuencia en el Área Quirúrgica con 45.93% (96 enfermeros), las obstétricas sólo laboran en el Área de Gineco-Obstetricia: 100% con 7 obstétricas.

GRÁFICO N° 02

ORIGEN UNIVERSITARIO DEL PROFESIONAL DE SALUD DEL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN- HNGAI. SETIEMBRE DICIEMBRE - 2011



Fuente: Instrumento de Recolección: **PEMN - HNGAI**

En el gráfico N° 02, al apreciar el Origen Universitario, se observa el predominio de las Universidades Estatales con 60% (191 profesionales), respecto a las Universidades Privadas con 40% (126 profesionales)

CUADRO N° 03

FUENTES DE CONOCIMIENTO SOBRE INFORMAR MALAS NOTICIAS DEL PROFESIONAL DE SALUD DEL
 ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN- HNGAI. SETIEMBRE DICIEMBRE - 2011

FUENTES FORMALES			FUENTES INFORMALES		
	N	%		N	%
Durante la Obtención de la Carrera Profesional, Especialidad o Postgrado	68	21.45 %	Experiencia Diaria	127	40.06 %
Jornadas o Conferencias	4	1.26 %	Plática con otros profesionales	44	13.88 %
Talleres de Formación	6	1.89 %	Internet u otros medios de comunicación	12	3.78 %
Otras fuentes formales	12	3.78 %	Lectura de libros y otros documentos	10	3.15 %
SUB-TOTAL 1	90	28.39 %	Otros	15	4.73 %
			Ninguna	19	6.00 %
			SUB-TOTAL 2	227	71.61 %

Fuente: Instrumento de Recolección: PEMN - HNGAI

En el cuadro N° 03, se observa las Fuentes de Conocimiento para el proceso de Preparación del Contexto Físico con predominio de Fuentes Informales o Ausencia de Fuentes con 71.61% (227 profesionales) respecto a las Fuentes Formales con 28.39% (90 profesionales).

De las Fuentes Informales, la más frecuente es la Experiencia diaria con 40.06% (127 profesionales) siendo la más frecuente de todas las fuentes, seguido de la fuente de Conocimiento obtenido durante la obtención de la Carrera Profesional, Especialidad o postgrado con 21.45% (68 profesionales) siendo la más frecuente dentro de las fuentes formales.

CUADRO N° 04

ÁREA FÍSICA INFORMAR MALAS NOTICIAS EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN– HNGAI. SETIEMBRE DICIEMBRE - 2011

	Identificación de un Área Idónea				Posesión de Área Idónea		Uso de un Área Especial para Emitir Malas Noticias	
	A	B	C	D	Sí	No	Sí	No
N:	274	13	15	15	117	200	61	256
%	86.43%	4.1%	4.73%	4.73%	36.9%	63.1%	19.24%	80.76%

Leyenda:

A: En un lugar privado

B: En el pasillo

C: Junto a la cama del paciente

D: Otro

Fuente: Instrumento de Recolección: **PEMN – HNGAI**

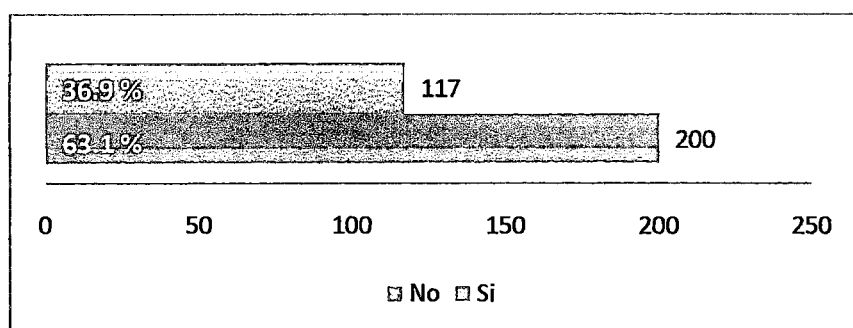
En el cuadro N° 04, se observa el Área Física para la emisión de Malas Noticias en el Proceso de Preparación del Contexto Físico. Al preguntar sobre el área idónea para informar las malas noticias, el 86.43% (274 profesionales) respondió que un lugar privado es el área idónea. Pero sólo el 36.9% (117 profesionales) refieren Sí poseen un

zona adecuada en el Área de Hospitalización para emitir Malas Noticias respecto al 63.1% (200 profesionales) quienes respondieron que No. Sobre el Uso de algún Área Especial para emitir Malas Noticias el 19.24% (61 profesionales) respondieron que Sí, respecto al 80.76% (256 profesionales) quienes refirieron no usar un Área especial para tal fin.

GRÁFICO N° 03-A

IMPORTANCIA DE LA PERCEPCIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL PACIENTE SOBRE SU CUADRO EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN

-HNGAI. SETIEMBRE DICIEMBRE - 2011

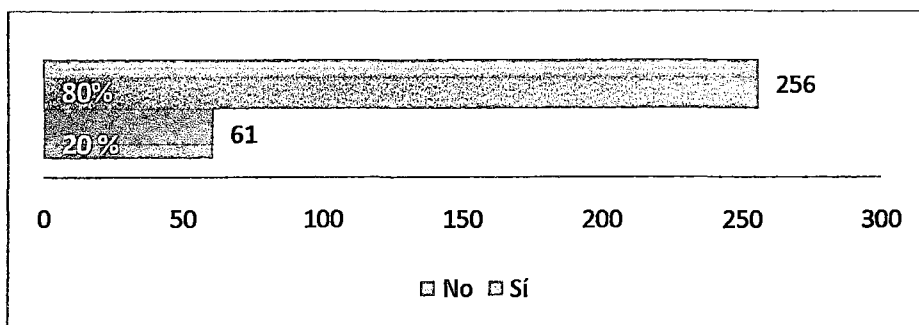


Fuente: Instrumento de Recolección: **PEMN- HNGAI**

En el Gráfico N° 04-A se aprecia en la Importancia de la Percepción del Conocimiento del Paciente sobre su cuadro, que el 63.1% (200 profesionales) refieren que es un ítem importante, respecto al 36.9% (117 profesionales) que refieren que no es importante.

GRÁFICO N° 03-B

USO EN LA PRÁCTICA DE LA PERCEPCIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL PACIENTE SOBRE SU CUADRO EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN –HNGAI, SETIEMBRE – DICIEMBRE 2011



Fuente: Instrumento de Recolección: **PEMN- HNGAI**

En el Gráfico N° 04-B se observa en el Uso en la práctica diaria de la Percepción del Conocimiento del Paciente sobre su cuadro, que el 20% (61 profesionales) lo usa en la práctica diaria, respecto al 80% (256 profesionales) quienes no lo usan en la práctica diaria.

CUADRO N° 05

**CAPACIDAD PARA INFORMAR MALAS NOTICIAS A DESEO DEL
PACIENTE EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN –HNGAI, SETIEMBRE
– DICIEMBRE 2011**

	Información según deseo del paciente				Importancia de Informar a deseo del paciente		Informar a deseo del paciente en la práctica diaria.	
	A	B	C	D	Sí	No	Sí	No
N	200	52	58	7	290	27	49	268
%	63.1%	16.1%	18.4%	2.3%	91.5%	8.5%	15.45%	84.54%

Leyenda:

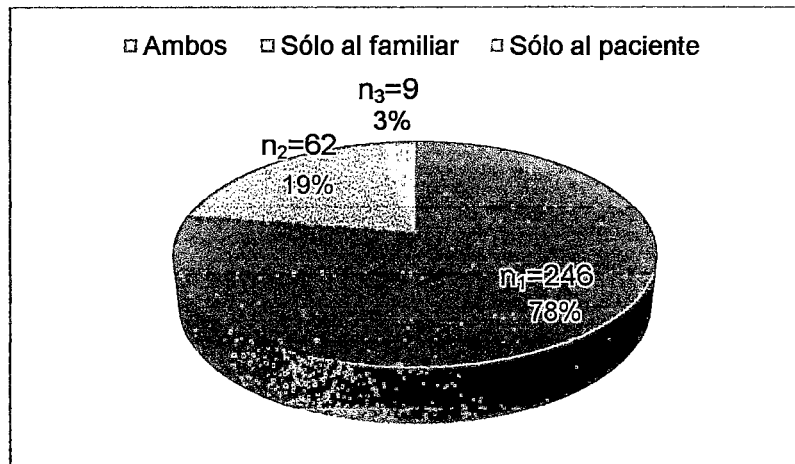
- A. Toda la información, sin conocer sus deseos.
- B. La Información que desee el paciente
- C. La Información que soporte el paciente, hasta manifestaciones afectivas
- D. Ninguna información

Fuente: Instrumento de Recolección: **PEMN – HNGAI**

En el cuadro N° 05, se observa sobre la Capacidad para Informar Malas Noticias a deseo del Paciente. Al preguntar al personal de salud, el 63.1% (200 profesionales) respondió que emiten toda la Información, sin conocer los deseos del paciente, seguido de la emisión de Información que soporte el paciente, con un 18.4% (58 profesionales) y con 16.1% (52 profesionales) que informan a deseo del paciente. Sobre la importancia de este proceso, el 91.5% (290 profesionales) refieren que es importante, respecto al 8.5% (27 profesionales), quienes dicen que No.

GRÁFICO N° 04

RECEPTOR DURANTE LA TRANSMISIÓN DE MALAS NOTICIAS EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN –HNGAI, SETIEMBRE – DICIEMBRE 2011



Fuente: Instrumento de Recolección: PEMN– HNGAI

En el Gráfico N° 05, se observa sobre la Selección del Receptor al informar las Malas Noticias, que el 78% (246 profesionales) refieren que deben los receptores deben ser el paciente y sus familiares, mientras que el 19% (62 profesionales) que los receptores deben ser sólo los familiares y el 3% (9 profesionales) que esta información sólo se debe dar al paciente.

CUADRO N° 06

LA MALA NOTICIA MÁS DIFÍCIL DE TRANSMITIR EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN –HNGAI, SETIEMBRE – DICIEMBRE 2011

MALAS NOTICIAS	N	%
Diagnóstico de una Enfermedad de Mal Pronóstico	96	30 %
Recurrencia de una Enfermedad de Mal Pronóstico	11	3 %
Uso de Tratamiento Paliativo	5	2 %
Manejo a Término de la Vida	60	19 %
Fallecimiento	145	46 %
Total	317	100 %

Fuente: Instrumento de Recolección: PEMN – HNGAI

En la Cuadro N° 06, se observa sobre la Mala Noticia más difícil de Informar, donde el 46% (145 profesionales) refieren que el fallecimiento de una persona es la información más difícil de emitir, seguido del diagnóstico de una Enfermedad de Mal Pronóstico con 30% (96 profesionales).

CUADRO N° 07

**MANEJO DE EMOCIONES TRAS LA EMISIÓN DE MALAS NOTICIAS
EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN –HNGAI, SETIEMBRE –
DICIEMBRE 2011**

	Situaciones que dificultan la Emisión de Malas Noticias						Importancia de un manejo emocional		Uso del Manejo de Emociones	
	A	B	C	D	E	F	Sí	No	Sí	No
	N	195	66	190	9	5	2	314	3	190
%	61.5%	20.8%	60%	2.83%	1.58%	0.69%	99%	1%	60%	40%

Leyenda:

- A. Reacción Afectiva del Paciente y/o su familia
- B. Ansiedad y Expectativa de la situación
- C. Falta de Conocimientos
- D. Idea de Fracaso en la Labor profesional
- E. Temor a exponer sufrimientos
- F. Otros

Fuente: Instrumento de Recolección: **PEMN – HNGAI**

En el Cuadro N° 07, sobre el Manejo de Emociones se aprecia en las Situaciones que dificultan la reacción afectiva del paciente es la principal situación que dificulta la emisión de Malas Noticias (61%). De la misma manera, el 99.05% refieren que es importante el manejo de emociones al emitir malas noticias, respecto al 0.05% (3 profesionales) quienes dicen que No. Respecto a su aplicación 2/3 dijeron que Sí (190 profesionales) mientras que el 40% dijo que No (127 profesionales).

CUADRO N° 08

**FRECUENCIA Y PERCEPCIÓN DE FRECUENCIA TRAS LA EMISIÓN DE
MALAS NOTICIAS EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN –HNGAI,
SETIEMBRE – DICIEMBRE 2011**

	Frecuencia Aproximada de Emisión de Malas Noticias					Percepción de Emisión de Malas Noticias como usual	
	A	B	C	D	E	Sí	No
N	30	98	119	53	17	256	61
%	9.46%	31%	37.5%	16.7%	5.34%	80.75%	19.24%

Leyenda:

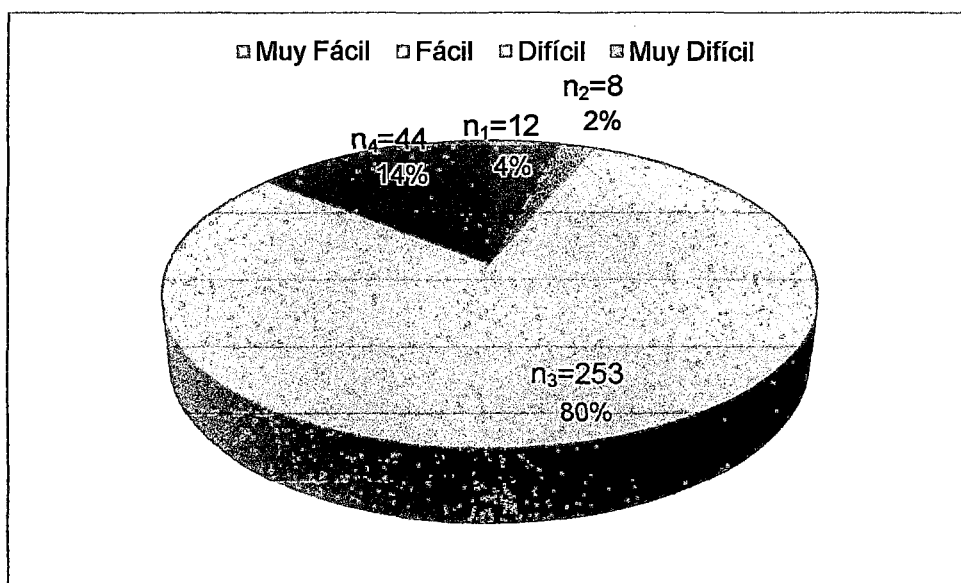
- A. Nunca.
- B. Casi Nunca: 1-2 veces cada quincena/mes.
- C. Regularmente: 1-2 veces por semana.
- D. Frecuentemente: 1-2 veces cada 2-3 días.
- E. Muy frecuentemente: 1 o más veces diarias.

Fuente: Instrumento de Recolección: **PEMN – HNGAI**

En la Cuadro N° 08, sobre la frecuencia de emisión de malas noticias, el 80.75% (256 profesionales) refieren que es un proceso usual, con respecto al 19.24% (61 profesionales) quienes dicen que no es usual. Al preguntar sobre la frecuencia aproximada, el 37.5% (119 profesionales) refieren que emiten Malas Noticias 1-2 veces por semana, seguido por los que informan 1-2 veces cada quince días o mensualmente, quienes son el 31% (98 profesionales).

GRAFICO N° 05

PERCEPCIÓN DE DIFICULTAD EN LA EMISIÓN DE MALAS NOTICIAS EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN –HNGAI, SETIEMBRE – DICIEMBRE 2011

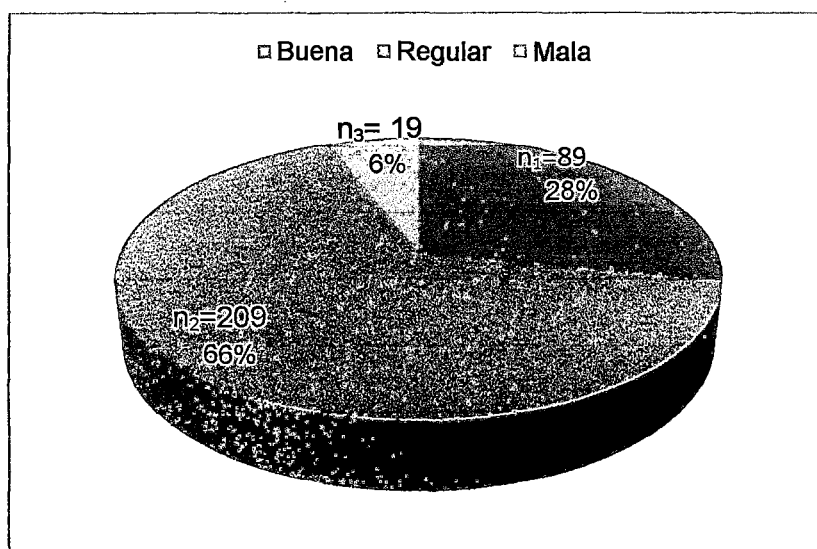


Fuente: Instrumento de Recolección: PEMN – HNGAI

En el Gráfico N° 05, sobre el Seguimiento y Evaluación de la Estrategia de emisión de Malas Noticias, el 80% (253 profesionales) refieren que la Emisión de Malas Noticias es un proceso difícil, seguido de las opciones Muy Difícil con el 14% (44 profesionales), Muy Fácil con 4% (12 profesionales) y Fácil con 2% (8 profesionales).

GRAFICO N° 06

CALIFICACIÓN DE DESEMPEÑO EN LA EMISIÓN DE MALAS NOTICIAS EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN –HNGAI, SETIEMBRE – DICIEMBRE 2011

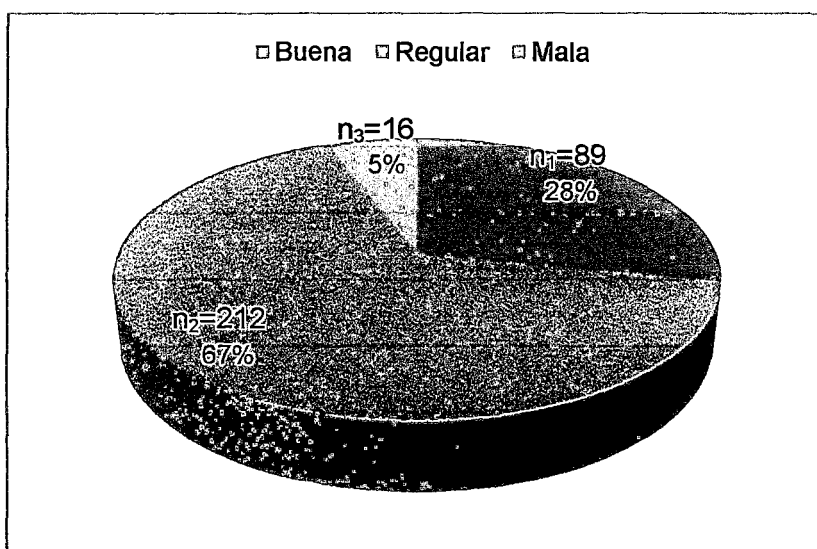


Fuente: Instrumento de Recolección: PEMN– HNGAI

En el Gráfico N° 06, sobre el Seguimiento y Evaluación de la Estrategia de emisión de Malas Noticias, el 66% (209 profesionales) refieren que su desempeño al Emitir de Malas Noticias es Regular, seguido de las opciones Buena con el 28% (89 profesionales) y Mala con 6% (19 profesionales).

GRAFICO N° 07

CALIFICACIÓN DE DESEMPEÑO EN LA EMISIÓN DE MALAS NOTICIAS EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN –HNGAI, SETIEMBRE – DICIEMBRE 2011

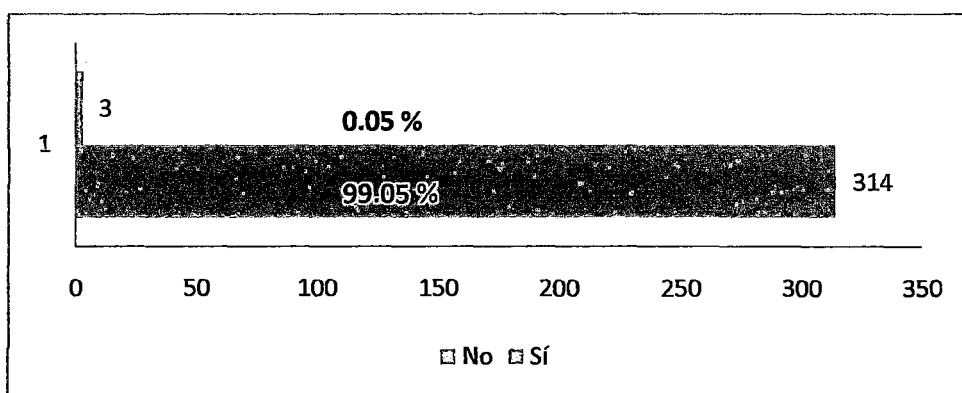


Fuente: Instrumento de Recolección: PEMN– HNGAI

En el Gráfico N° 07, sobre el Seguimiento y Evaluación de la Estrategia de emisión de Malas Noticias, el 67% (212 profesionales) refieren que su desempeño al Manejar Emociones es Regular, seguido de las opciones Buena con el 28% (89 profesionales) y Mala con 5% (16 profesionales).

GRÁFICO N° 08

UTILIDAD DE LA ESTRATEGIA DE EMISIÓN DE MALAS NOTICIAS – HNGAI, SETIEMBRE – DICIEMBRE 2011



Fuente: Instrumento de Recolección: PEMN – HNGAI

En el Gráfico N° 08, sobre el Seguimiento y Evaluación de la Estrategia de emisión de Malas Noticias, el 99.05% (314 profesionales) refieren que son útiles las estrategias y capacitación de emisión de Malas Noticias respecto al 0.05% (3 profesionales) quienes niegan su utilidad.

CAPITULO V

DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

Dentro de la relación médico paciente, el proceso de comunicar malas noticias se convierte en una de las experiencias más difíciles para el profesional y las más vívidas para los pacientes y sus familias, siendo origen de críticas positivas o negativas sobre el desempeño de los profesionales de la salud. Nuestra investigación reúne a 340 profesionales de la salud que laboran el Área de Hospitalización del Hospital Guillermo Almenara representados por médicos, enfermeros y obstetrces, a diferencia de otros estudios donde sólo se incluyen médicos como en el caso de Buckman y Cols. ⁽³⁾, donde utilizan 500 oncólogos durante la realización de una Conferencia Internacional, o García-Reyes y Cols. ⁽¹³⁾ con 84 médicos que se encuentran cursando la Residencia en distintas ramas Médicas, o Payán y Cols. ⁽¹⁴⁾, que incluye a 88 médicos en su investigación. La razón de este proceder es la existencia del concepto de un Equipo Asistencial, donde los distintos componentes del Área Hospitalaria cumplen labores dentro de múltiples labres incluyendo al proceso de comunicación de malas noticias, siendo el menester de todos colaborar bajo la visión de ver el bien del paciente.

En la cuadro N° 01 observamos la Distribución de Edades que van desde una gran Rango (24-68 años) con una Edad Media = 38.3 ± 10.3 años, Mediana de 34 años que difiere con García- Reyes y Cols. ⁽¹³⁾ quienes establecen su estudio en base de Médicos Residentes con una Edad Promedio de 26.76 ± 1.59 años, siendo esta mucho más baja de la encontrada en nuestro estudio, pero coincidiendo con una Mediana de 34 años. En referencia a los grupos etarios, en nuestra investigación la mayor concentración de edad se localiza en el grupo de 25 a 34 años y en el autor mexicano se obtuvo una mayor concentración entre los 30 y 40 años, con rangos entre 25-59 años. Así nuestro nivel etario es ligeramente menor al de este estudio.

Comparando con el estudio de Payán y Cols. ⁽¹⁴⁾ la Edad Promedio fue 40.26 ± 9.2 Años, mayor a lo obtenido en nuestro trabajo.

En el gráfico N° 01, observamos la Distribución por Estado Civil de nuestra población, con predominio de Solteros con 48.44%, seguido de los Casados quienes tienen 41.25%. Comparando con Payán y Cols. ⁽¹⁴⁾ los Casados son 63.4% y los Solteros el 26.8%, completamente diferente a lo presentado en nuestro trabajo.

En cuadro N° 02 observamos la preponderancia del Área Quirúrgica en nuestro Establecimiento de Salud (41.95%), distribución que no se hace referencias en otras investigaciones de referencia, donde

se estudia poblaciones específicas (Oncólogos, Médicos Internistas, Personal del Servicio de Emergencias).

En el Gráfico N° 02, podemos observar el Origen Universitario, con un predominio de Universidades Estatales de 3::2 (60% vs 40%) frente a las Universidades Particulares. De manera tradicional el Hospital Guillermo Almenara de Lima es Hospital docente de las Universidades Nacionales San Marcos y Federico Villarreal. García-Reyes ⁽¹³⁾ establece una relación donde se mantiene la supremacía de Universidades Estatales para los Médicos Residentes de casi 5::1 (82% vs 18%).

En el cuadro N° 03, vemos si es que los Profesionales de Salud recibieron Instrucción Formal para dar Malas Noticia y obtuvimos que 28.31% de la población había recibido Instrucción Formal. Buckman ⁽³⁾ al realizar su estudio halló que menos del 5% de su población tuvieron algún tipo de capacitación o entrenamiento para emitir Malas Noticias. García-Reyes y Cols. ⁽¹³⁾ refiere que la población Residente con capacitación fue del 8%. Payán y Cols. ⁽¹⁴⁾ refiere que un 73.2% de los estudiados no ha tenido entrenamiento ni instrucción adecuadas para Informar las Malas Noticias. En todos los casos nuestra población tuvo una mayor proporción de capacitación para tales fines, y en ninguno de los estudios nombrados hace referencia a los distintos tipos de fuentes que han podido ser origen de la capacitación en la emisión de Malas Noticias.

En el cuadro N° 04, observamos que un 86.43% identifican a un lugar privado como un área idónea, en comparación con lo referido por García-Reyes ⁽¹³⁾ quien sólo 52% refirió un lugar en privado. Aquí nuestra población tiene una mayor proporción para esta respuesta. Profundizando el tema se pregunta si se cuenta con un lugar adecuado para dar las Malas Noticias en su Área de Labores, donde sólo el 36.9% respondió la opción SI, a diferencia de Payán y Cols. ⁽¹⁴⁾ quienes refieren que un 69.5% de los estudiados cuentan con un lugar adecuado para dar las Malas Noticias. Se aprecia que si bien se desea trabajar en algunas situaciones ideales, no se cuenta con la infraestructura que se desea en el nosocomio, en la mayoría de los casos, aunque también se corresponde al uso del mismo, con sólo 19.24%. Este último ítem no hemos podido compararlo por la ausencia de datos parecidos en las otras investigaciones.

En los gráficos N° 03-A y 03-B observamos sobre el Conocimiento del Paciente sobre su cuadro, realizándose tal actividad en un 20%, aunque se lo toma como importante en el 63% de las opiniones de los profesionales, creándose una disociación teórico-práctica. Payán y Cols. ⁽¹⁴⁾ refieren que hasta 91% pregunta sobre el nivel de conocimiento de los pacientes, siendo realmente una diferencia abrumadora a lo presentado en nuestra investigación.

En el cuadro N° 05 al estudiar la Capacidad de Informar las Malas Noticias a deseo del paciente, observamos que el 63.4% de los profesionales de la salud opinan que se Informa sin conocer los deseos del paciente, el 16.2% informa de acuerdo a su deseo y un 18.1% sólo la que pueda soportar, antes de manifestar algún tipo de expresión afectiva. Pero al preguntar la importancia de esta actividad el 91% afirma este enunciado. En comparación con lo referido por García-Reyes ⁽¹³⁾ refiere que 16% refirió informar de acuerdo al deseo del paciente, la proporción de esta actividad se mantiene semejante. Payán y Cols. ⁽¹⁴⁾ se mantiene cerca a esta proporción con un 15% igualando valores encontrados por nosotros.

En el gráfico N° 04 se estudia a los Receptores de las Malas Noticias, donde el 78% opta por informar tanto al paciente como a sus familiares, 19% sólo a familiares y 3% sólo al paciente, siendo diferente a lo obtenido por García-Reyes ⁽¹³⁾ quien refiere en su estudio, que el 86% de los Médicos Residentes creen que se debe informar tanto como al paciente y su familia, mientras que el 8% de esta población dice que sólo debe recibirla el paciente.

En el cuadro N° 06, se observa que el fallecimiento de una persona es la noticia más difícil de emitir, con un 46% seguido de la

Información de un diagnóstico de una Enfermedad de Mal Pronóstico (30%). Coincide con García-Reyes ⁽¹³⁾ con 50% para fallecimiento.

En el cuadro N° 07 se estudia el Manejo de Emociones donde el resultado es casi unánime (99% refieren que es una actividad importante), pero sólo el 60% lo usa al emitir malas noticias. Payán y Cols. ⁽¹⁴⁾ refieren hasta un 82% de realización en la práctica de preparación para el Manejo de las Emociones, corroborado por García-Reyes ⁽¹³⁾ quien dice que la mayoría de los Residentes –no especifica cantidad- confirman el gran impacto emocional de la Emisión de Malas Noticias para el paciente. Al observar las distintas situaciones que pueden dificultar la Información de las Malas Noticias, encabeza la lista la Reacción Afectiva del paciente y/o su familia con 61.5% y luego la Ansiedad y Expectativa creada por esta situación con 20,8%. García-Reyes y Cols. ⁽¹³⁾ se encontraron con 67.4% de su población cree que la dificultad recae en el manejo de la Afectividad del Paciente y parientes, manteniendo porcentajes semejantes.

Al estudiar el Seguimiento y Evaluación de la Estrategia de emisión de Malas Noticias, en el Cuadro N° 08 estudiamos la frecuencia de Emisión de Malas Noticias observamos la percepción de esta actividad como Usual en 80.75% de los encuestados. Al explorar el nivel de Frecuencia que se tiene de la Actividad de dar Malas Noticias, siendo la frecuencia de aproximadamente 1 vez por semana la más frecuente en

nuestro estudio de manera general (37.5%). Según Buckman ⁽³⁾ en el estudio para Médicos Oncólogos, referían que 60% de su población estudiada, daban Malas Noticias en un promedio de 5-20 veces por mes, siendo mayor a lo obtenido como nuestro promedio, comparable actividad en nuestro estudio es de aproximadamente sólo el 16% (las personas que respondieron la Respuesta D: Actividad Frecuente-1 vez cada 2 a 3 días). En frecuencias Mayores a 20 veces, ellos refieren un 14%, lo comparable a nosotros quienes marcaron la Respuesta E: Muy frecuentemente-1 o más veces diarias (5.34%). En el gráfico N° 05 se estudia la percepción de dificultad en la emisión de Malas noticias en una escala de 4 ítems (Muy Fácil, Fácil, Difícil y Muy Difícil), y en todas las series de estudios se caracteriza por calificarse como Difícil. En nuestro estudio el 79.7%, en el de García-Reyes y Cols. ⁽¹³⁾ se encontró con un 82 %. Los demás autores lo comentan pero no colocan cantidades que puedan ser comparadas. En los gráficos N° 06 y 07 se estudió sobre el desempeño al dar Malas Noticias y el Manejo de Emociones, bajo una escala de 3 ítems (Bueno, Regular y Malo), obteniéndose como más frecuente el ítem Regular que conforma el 64.1% y 66.6% respectivamente. Las personas que se encuentran dentro de la Calificación Mala, en la mayoría de los casos no superan el 6%. En el estudio de García-Reyes y Cols. ⁽¹³⁾ se encontró con un 56 % de personas que piensan que su técnica es Regular o Mala,

aunque no describe las proporciones o frecuencias de cada una, pero su proporción de personas con una buena técnica es mucho mayor (28% nuestro vs. 44% de García y Cols.). Buckman ⁽³⁾ dice que hasta 90% tiene dificultades para hacer frente al Manejo de las Emociones del Paciente, evidentemente un porcentaje mucho mayor al obtenido en nuestro estudio. Finalmente en el gráfico N° 08 observamos la Utilidad de la Difusión de la Enseñanza en Estrategias y Capacitación para Emitir Malas Noticias, obteniendo en nuestro estudio un rotundo 99.1% de profesionales quienes creen que es útil su enseñanza. En el estudio de García-Reyes y Cols. ⁽¹³⁾ se encontró con un 80% que piensan igual. Payán y Cols. ⁽¹⁴⁾ refiere que sólo el 30.5% le gustaría recibir capacitación sobre el tema.

Este trabajo de investigación ha permitido reunir información científica que permite ampliar el escaso material referencial relacionado a la comunicación de malas noticias y su respectiva aplicación en la práctica diaria, un fenómeno que debería ir de la mano con el auge de exposiciones sobre temas que ayudan a mejorar las relaciones entre los médicos y sus respectivos pacientes. Ante esta situación podemos decir que las investigaciones sobre estos temas, específicamente sobre la emisión de malas noticias aún se encuentran en etapas poco desarrolladas, siendo la evidencia más palpable, la ausencia de guías o

protocolos en Centros Asistencia Sanitaria de alta categoría a nivel nacional.

El sentido común nos hace pensar, que debemos seguir aquellas recomendaciones que favorezcan al paciente y su respectivo entorno con los menores gastos y mayores tasas de rendimiento. Muchos tratamientos e instrumentos estudiados son extremadamente caros, siendo en muchos casos ineficientes y poco útiles. Entablar un clima de confianza y la seguridad de resolver sus dudas a una persona puede en la mayoría de los casos hacer maravillas por los pacientes.

CONCLUSIONES

1. La fuente de origen más común del profesional de salud del área de hospitalización del Hospital Almenara es la experiencia diaria
2. El profesional de salud del Área de Hospitalización del Hospital Guillermo Almenara carece y hace poco uso de un lugar adecuado para la emisión de malas noticias.
3. El proceso de percepción sobre el conocimiento del paciente del Área de Hospitalización del HNGAI se caracteriza por ser considerado importante pero usado con poca frecuencia en la práctica diaria.
4. La capacidad de informar las malas noticias del profesional de salud a deseo del paciente del Área de Hospitalización del HNGAI se caracteriza por ser considerado importante pero emitido con poco conocimiento de los deseos del paciente
5. El Profesional de Salud del Área de Hospitalización del Hospital Guillermo Almenara prefiere elegir como receptores de malas noticias tanto al paciente como a sus familiares,
6. Las situaciones más difíciles de emitir son el fallecimiento de una persona y la información de un diagnóstico de mal pronósticos, y la

situación que dificulta la emisión de las malas noticias es la respuesta afectiva de los receptores.

7. El manejo de emociones al emitir malas noticias es percibido como importante, pero usado en menor proporción a su percepción de importancia.
8. El proceso de emisión de malas noticias en los profesionales de salud del Hospital Nacional Guillermo Almenara es percibido por la mayoría de la población como usual, con una frecuencia aproximada de emisión de una vez por semana, considerándose como una actividad de difícil ejecución; siendo los desempeños de los profesionales de salud en la emisión de malas noticias y manejo de emociones catalogados como regulares; y útil la difusión de estrategias de información de malas noticias.

RECOMENDACIONES

1. Se sugiere continuar con la investigación en el tema, debido a la poca investigación que se tiene de la materia en el ámbito local y nacional.
2. Se recomienda la implementación de áreas idóneas para la emisión de malas noticias en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.
3. Se recomienda la capacitación del personal de salud en técnicas de emisión y comunicación de malas noticias en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen
4. Se sugiere la confección y uso de guías propias, o adaptadas de emisión de malas noticias como herramienta de práctica diaria
5. Se sugiere complementar la información con estudios sobre la recepción de las malas noticias.

BIBLIOGRAFIA

1. Illescas LR. La Verdad y la Medicina: Las Malas Noticias y los Derechos de los Pacientes. Revista Médica Peruana Almenara. Lima. 2011;1(2):12-15.
2. Muñoz JR. Opinión de médicos y pacientes: Estudio realizado en los Servicios de Medicina Interna, Cirugía y Ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima, Abril-Setiembre – 2000 [trabajo para optar por el título de Médico Cirujano]. Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2001.
3. Buckman R, Baile W, Lenzi R, Goble G, Beale E, Kudelka AZ. SPIKES: a six step protocol for delivering bad news. Application to the patient with cancer. Montreal. The Oncologist 2000;5:302-3.
4. Núñez S, Martín-Martín AF, Rodríguez I, González I, Antolín I, Hernández R, et al. Identificación de problemas de calidad en la información clínica a usuarios de un servicio de urgencias hospitalario. Madrid. Revista Clínicas de España. 2002;202:629-34
5. Hawken SJ. Strategies for dealing with the challenging patient. The New Zealand Family Physician Journal. 2005;32:266-9.

6. Facultad de Medicina Humana de La Universidad San Martín De Porras. [Sílabo] Ética y Deontología. Lima. 2008.
7. Universidad Nacional Federico Villarreal. Facultad de Medicina: "Hipólito Unánue". Escuela Académico Profesional de Medicina Humana [Sílabo] Ética y Deontología Médica. Lima. 2009.
8. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina de San Fernando. Escuela Académico Profesional de Medicina Humana. Departamento Académico de Medicina Humana. [Sílabo] Deontología y Ética Médica. Lima. 2009.
9. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Syllabus del Curso de Ética y Deontología Médica. MD 2570. Lima. Quinto año de medicina. 1998.
10. Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult?. Montreal. British Medical Journal. 1984; 288(Mayo): 1597-1599.
11. Buckman R. Breaking Bad News: A Guide for Health Care Professionals. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1992;15(2):134-9
12. Núñez SH; Marco SJ. Procedimientos y habilidades para la comunicación de las malas noticias en urgencias. Medicina Clínica. Tenerife. 2006;127(15):580-3

13. García-Reyes, W; Lara-Solares A. Cómo se dan las malas noticias de enfermedad terminal por un grupo médico no especializado en cuidados paliativos. Ciudad de México. Revista Mexicana de Anestesiología. 2008; 31(1): 9-14
14. Payán EC, Montoya DA, Vargas JJ, Vélez MC, Castaño A, et al. Barriers and facilitating communication skills for breaking bad news: from the specialists' practice perspective. Bogotá. Colombia Médica, 2006;40(2);158-166.
15. Tsuchida-Fernández M, Bandrés-Sánchez M. Actitudes de los médicos residentes ante la enfermedad terminal y los cuidados al final de la vida. Lima. INEN. Rev. Per. Soc. Med. Intern. 2002;15(4):345-8
16. Prados JA, Quesada F. Guía práctica sobre cómo dar malas noticias. FMC. 1998; 5(4): 238-50
17. Gómez M. Cómo dar las malas noticias en medicina. Madrid: Arán; 1998; 2(3): 123-129
18. Villa, B. Recomendaciones sobre cómo comunicar Malas Noticias. España. Nure Investigación, nº 31, Noviembre - Diciembre 07. Disponible en:
http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/pdf_protocolo_31.pdf

19. Biberos CB, Robles RM, Jiménez E, Torres F, Igor H, Pérez K, et al. Dificultades de la comunicación de malas noticias en las unidades de cuidados intensivos. Barcelona. Revista Clínicas de España. 2002;202:629-34
20. Fellowfield L. Living sad and bad news. USA. The Lancet. 1993;341: 476-8.
21. Buckman R. Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. Canada. Community Oncology OnLine Journal. 2005;3(2)113-8.
22. Garg A, Buckman R, Kason Y. Teaching medical students how to break bad news. Montreal. Canadian Medical Association Journal. 1997;156:1159-64.
23. Martín SF, Navarro A. Relaciones en Medicina Intensiva. Buenos Aires. Med Intensiva. 1991;15:235-7.
24. Back AL, Arnold RM, Tulsy M, Schröder JM, Lorenzo TW, Capadocia JF, et al. Teaching communication skills to medical oncology fellows. Londres. Journal of Clinical Oncology. 2003;21:2433-6.
25. Alves de Lima A. ¿Cómo comunicar malas noticias a nuestros pacientes y no morir en el intento? Mendoza. Revista Argentina de Cardiología. 2003;71:217-20.

26. Dias, L; Chabner, B; Lynch, T, Penson R. Breaking Bad News: A patient's perspective. Iowa. The oncologist 2003; 8: 587-96.
27. González BM, Poveda AJ. Criterio de información al paciente oncológico terminal: verdad soportable. Seminario internacional sobre la información del diagnóstico del enfermo con cáncer. Madrid: Fundación Científica de la Asociación Española contra el Cáncer, 1992:137-54.
28. Formigos J.B.; El papel de las nuevas tecnologías en la obtención y explotación de información sobre salud, medicamentos y sus consecuencias en la relación médico-paciente [Trabajo para obtener el título de Doctor en Medicina]. Madrid. Universidad de Alcalá de Henares. 2011
29. Fellowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. Londres. The Lancet 2004;363:312-9
30. Terri F. Understanding the treatment preferences of seriously ill patients. USA. The New England Journal of Medicine 2002;346:1061-6
31. García Díaz F. Comunicando malas noticias en Medicina: Recomendaciones para hacer la necesidad virtud. Oviedo. Revista de Medicina Intensiva 2006, 30(9); 452-9