

CARACTERÍSTICAS DE LOS INTERNOS DE MEDICINA ASOCIADAS CON EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA HABILIDAD PARA COMUNICAR MALAS NOTICIAS

The characteristics of medical interns associated with the level of knowledge regarding the skill for breaking bad news

Belen Pilar Felix Sillo

bfelix@unsa.edu.pe

Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

<https://orcid.org/0009-0004-6505-869X>

Hernan Simon Barreda Tamayo

hbarredat@unsa.edu.pe

Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

<https://orcid.org/0000-0002-5017-5971>

Recibido: 09-11-2022

Aceptado: 06-12-2022

Publicado: 29-12-2023

RESUMEN

Una mala noticia es un mensaje que cambia la perspectiva del futuro del paciente. En Perú, el sistema educativo de medicina ofrece escasa formación de las habilidades comunicativas. El objetivo fue identificar las características de los internos de medicina asociadas con el nivel de conocimientos sobre la habilidad para comunicar malas noticias. Participaron 152 internos en el mes de setiembre del año 2023. Se aplicó una encuesta que recogió: los datos generales y como se realiza el proceso de comunicar malas noticias. Además, se creó un cuestionario para la medición del nivel de conocimientos, en base a la evaluación vigesimal: deficiente, regular, bueno y muy bueno. Dentro de los principales resultados se resalta que la mayoría tenían entre 22-29 años, fueron mujeres, procedían de una universidad pública, se encontraban realizando sus prácticas en un hospital, habían sido emisores, lo valoraban de forma negativa, sin embargo, se percibían capaces, no recibieron educación del tema, no conocían acerca de algún protocolo y preferían aprenderlo mediante enfoques prácticos. El nivel de conocimientos sobre la habilidad para comunicar malas noticias fue deficiente con un 64.47%. La formación previa ($p=0.04$) y el dominar algún protocolo ($p=0.04$) estuvieron asociados significativamente al nivel de conocimientos. La principal conclusión fue que la formación previa y el dominar algún protocolo son factores asociados al nivel de conocimientos para comunicar malas noticias.

Palabras clave: Formación médica, comunicación, interno, nivel de conocimientos.

ABSTRACT

Bad news is a message that changes the outlook for the patient's future. In Peru, the medical education system offers little training in communication skills. The objective was to identify the characteristics of medical interns associated with the level of knowledge about the ability to communicate bad news. A total of 152 interns participated in September 2023. A survey was applied that collected: general data and how the process of communicating bad news is performed. In addition, a questionnaire was crea-

ted to measure the level of knowledge, based on the vigesimal evaluation: deficient, regular, good and very good. Among the main results it is highlighted that most of them were between 22-29 years old, were women, came from a public university, were doing their internship in a hospital, had been emitters, valued it negatively, however, they perceived themselves capable, did not receive education on the subject, did not know about any protocol and preferred to learn it through practical approaches. The level of knowledge about the ability to communicate bad news was deficient with 64.47%, previous training ($p=0.04$) and mastering any protocol ($p=0.04$) were significantly associated with the level of knowledge. The main conclusion was that previous training and mastering some protocol are factors associated with the level of knowledge in communicating bad news.

Keywords: Medical education, communication, boarder, knowledge level.

1. INTRODUCCIÓN

Una mala noticia se define como el mensaje que altera de forma negativa y sustancial la visión del paciente sobre su futuro, entonces, amenaza la salud física o mental, el estilo de vida, transmite escasas opciones de vida y desesperanza (Berkey et al., 2018; Bor et al., 1993; Buckman, 1984; DHSSPS, 2003; Kumar & Sarkhel, 2023; Ptacek & Eberhardt, 1996; Vandekieft, 2001).

No solo es cáncer, sino también el diagnóstico de una enfermedad crónica, de una enfermedad mental como la esquizofrenia, el revelar un resultado alterado de laboratorio o imagenológico como la muerte fetal, una enfermedad incompatible con el desempeño de una profesión (Baile et al., 2000; Berkey et al., 2018; DHSSPS, 2003; Sweeny et al., 2013; Vandekieft, 2001).

Para el médico es una actividad usual. Desde el pregrado lo vive como observador y emisor, cuando llega a ser residente lo comunica menos de cinco y el oncólogo más de cinco veces al mes (Baile et al., 2000; Coaquira Quiroga, 2022; Freiberger et al., 2019; Guillén López & Olascoaga Mesía, 2017).

Y es una tarea difícil porque debe abordar la emoción del paciente, darle esperanza, comprometerlo en la toma de decisiones, tratar con la familia y la expectativa de curación, temen ser culpados y el no conocer todas las respuestas (Baile et al., 2000; Buckman, 1984).

Las facultades de medicina privilegian lo técnico sobre lo comunicativo, ofreciendo poca formación, por lo tanto, el estudiante es incapaz de lograr esta tarea (Berkey et al., 2018; Rosenbaum et al., 2004; Vandekieft, 2001; Villela et al., 2020).

Resultando en una pobre comunicación, es decir, sin considerar la empatía, el lenguaje, el apoyo emocional y la honestidad, por lo tanto, es nocivo para quienes participan del proceso (Guillén López & Olascoaga Mesía, 2017; Sobczak et al., 2018).

Por parte del médico, lo califica como una experiencia negativa o delegará su responsabilidad. En el paciente genera malentendidos, olvido de la información, insatisfacción de las expectativas, no se constituye la relación médico-paciente, desesperanza, abandono del tratamiento o puede concluir en una demanda (Elashiry et al., 2022; Haskard Zolnieriek & Dimatteo, 2009; Maynard, 1996; Mir, 2004; Roter et al., 1987; Sardell & Trierweiler, 1993)

Los estudios sugieren la formación desde pregrado, antes del contacto con el paciente, es decir, en el periodo básico y reforzado a menudo durante los siguientes años. Se requiere oportunidad para la práctica, la discusión y la retroalimentación. La preparación de los futuros médicos será en el máximo beneficio del paciente y en su práctica profesional futura (Coutinho & Ramessur, 2016; Elashiry et al., 2022; Rosenbaum et al., 2004; Shaw et al., 2015; Vandekieft, 2001; Villela et al., 2020).

En Brasil, Colombia, España ya han afrontado el problema con la creación de cursos, seminarios, discusiones en pequeños grupos (Díaz-Martínez et al., 2021; Ferreira et al., 2022; Freiberger et al., 2019; Mayo et al., 2021; Villela et al., 2020).

Así mismo, el protocolo SPIKES facilita la tarea del emisor porque es práctico, sencillo y puede ser utilizado para la mayoría de situaciones clínicas (Baile et al., 2000; Meitar & Karnieli-Miller, 2022).

Cada letra compone un paso, y éste a su vez contiene pautas que permiten comunicar eficientemente y eficazmente tales noticias (Bascuñán R., 2013; Camargo et al., 2019).

El primer paso se llama configuración de la entrevista donde usted debe efectuar un ensayo mental para prepararse acerca de cómo revelará

el diagnóstico y cómo responderá a las emociones del receptor, bríndele privacidad, tranquilidad, establezca una relación médico-paciente y exprésele el tiempo limitado de la consulta o una intermisión esperada (Baile et al., 2000; Bascuñán R., 2013).

El siguiente es percepción, estima la comprensión del receptor sobre su condición médica mediante “¿Qué le han dicho hasta ahora?”, nos ayuda a rectificar los malentendidos, identificar vacíos, conocer sus expectativas, temores y el vocabulario del paciente (Baile et al., 2000; Bascuñán R., 2013).

El tercero es invitación, valora qué y cuanto quiere conocer el receptor sobre su diagnóstico, pronóstico y detalles de la enfermedad (Baile et al., 2000).

El cuarto es conocimiento, se le debe advertir de que una mala noticia está próxima con el fin de atenuar el impacto y asimile mejor lo que vendrá como “Tengo una mala noticia que compartirle”. Luego, realice una pausa y revele el diagnóstico o los resultados de la prueba con: un lenguaje claro, según el vocabulario y la comprensión del receptor, use términos no médicos, eluda la franqueza excesiva como “Usted tiene cáncer, si no se trata, morirá”, facilítele la información en pequeñas partes y compruebe su entendimiento (Baile et al., 2000).

El siguiente es emoción, el médico lo apoyará mediante una respuesta empática como “Puedo ver que usted está triste porque no esperaba escuchar esto”. Otro soporte es la declaración de validación que corrobora los sentimientos del receptor como legítimos “Supongo que cualquiera podría tener la misma reacción” (Baile et al., 2000).

Finalmente, estrategia y resumen, donde se discute las opciones de tratamiento, los beneficios, los efectos secundarios, corrija los malos entendidos del propósito del tratamiento como el sobrestimar, señale tiempo para las dudas o una segunda opinión, establezca un plan, sintetice lo conversado y mencione un medio de comunicación entre las consultas (Baile et al., 2000; Berkey et al., 2018; Meitar & Karnieli-Miller, 2022).

Por otra parte, en Perú se ha estudiado esta población y concluyó que la mayoría lo experimenta, pero sin el conocimiento y la formación, lo que comprueba un vacío en el currículo (Coaquira Quiroga, 2022).

Sin embargo, los internos del periodo 2023, cursa-

ron el cuarto hasta la primera mitad del sexto año de medicina en la virtualidad debido a la pandemia, por lo cual, los hace distintos.

El objetivo del presente estudio es identificar las características de los internos de medicina asociadas al nivel de conocimientos sobre la habilidad para comunicar malas noticias, de manera que, permitirá a los docentes reformular el plan de estudios con el fin de que egresen médicos aptos en comunicar malas noticias.

2. METODOLOGÍA

El estudio se llevó a cabo mediante encuestas virtuales a través de Google forms enviado a sus correos institucionales y grupos de whatsapp, a todos los internos de medicina de la ciudad de Arequipa, en el mes de setiembre del 2023. El total de participantes fue de 152. El criterio de inclusión fue que acepten participar voluntariamente y el de exclusión fue que no respondieran la encuesta en un máximo de 3 oportunidades.

La primera parte de la encuesta se compone del consentimiento informado, se les informó que: su participación era voluntaria, acerca del objetivo del trabajo y los resultados serán empleados únicamente para el desarrollo del estudio.

La segunda parte consiste en preguntas que recolectaron las variables independientes como: las características generales, la experiencia, la valoración de la experiencia, la percepción, la formación y la preferencia de aprendizaje basado en estudios previos (Coaquira Quiroga, 2022; Ferreira et al., 2022; Freiburger et al., 2019; Lenkiewicz et al., 2022; Mayo et al., 2021).

La tercera parte consistió en la evaluación de la variable dependiente, es decir, nivel de conocimientos, se crearon cuatro casos clínicos (hipertensión arterial, cáncer de mama, dislipidemia y metástasis pulmonar), la redacción de las preguntas y respuestas fue en base al manual del NMBE y de acuerdo al protocolo SPIKES (Baile et al., 2000; National Board of Medical Examiners, 2022).

Fueron 15 ítems con respuesta múltiple, se asignó un valor de 2 puntos a 5 preguntas (3, 4, 6, 11, 15) mientras que 1 punto a las 10 restantes, la mayor valoración se debió al grado de la dificultad.

Entonces, si el participante eligió la respuesta correcta se le calificó con 1 o 2 puntos, y si optó por

la incorrecta se le calificó con 0 puntos. El puntaje final fue de 0 a 20.

El nivel de conocimientos se categorizó en: deficiente (0-10), regular (11-13), bueno (14-17), muy bueno (18-20).

- Primero, se sometió a una evaluación por juicio de expertos, que fueron elegidos por su experiencia en comunicar malas noticias y el asistir a un curso de malas noticias, conformado por: tres intensivistas (Dr. Gallegos, Dr. Salas y Dr. Córdova), un internista (Dr. Zárate) y un cirujano oncólogo (Dr. Sillo).
- Segundo, se les proporcionó un formato de validación según los criterios: claridad, coherencia y relevancia, mediante una escala de calificación de 1 al 4, siendo 1 (ítem malo), 2 (ítem regular), 3 (ítem bueno), 4 (ítem excelente), se estimó el coeficiente de Aiken para el grado de concordancia entre los jueces, se obtuvo un valor de 0.96, lo que indica que los expertos están de acuerdo que los ítems son de fácil entendimiento, tienen relación en torno a lo que miden y deben ser incluidos en el cuestionario para comunicar malas noticias.
- Tercero, se procedió a un piloto con 15 estudiantes que hicieron su internado en el periodo 2022-2023.
- Cuarto, se estimó el coeficiente Kuder de Richardson, con un valor de 0.75 obteniéndose una buena confiabilidad del cuestionario
- Quinto, se procedió a la aplicación en la población de estudio.

Para el registro de datos y la estadística se usó el software Microsoft Excel y SPSS ver. 21 respectivamente. Para determinar la asociación entre las variables independientes con la variable dependiente, se usó el estadístico chi cuadrado, considerando estadísticamente significativo con un valor de $p < 0.05$.

Tabla 1
Características generales de los internos de medicina

Nivel de conocimientos	N°	%
Deficiente	98	64.47
Regular	44	28.95
Bueno	9	5.92
Muy bueno	1	0.66
Total	152	100.00

Nota: Edad *, la media fue 25.93 años y la desviación estándar fue ± 2.76 años.

Características		N°	%
Experiencia	Sí	104	68.42
	No	48	31.58
Valoración de la experiencia	Positiva	63	41.45
	Negativa	89	58.55
Percepción	Sí	82	53.95
	No	70	46.05
Formación	Sí	20	13.16
	No	132	86.84
Dominio de algún protocolo	Sí	18	11.84
	No	134	88.16
Preferencia de aprendizaje	Experiencia con un paciente simulado	54	35.53
	Momentos de enseñanza durante las rotaciones clínicas	54	35.53
	Juego de roles	19	12.50
	Otros *	25	16.45
Total		152	100.00

Nota: Otros* engloba a videos didácticos, discusión con un caso clínico, exposición

Tabla 2
Nivel de conocimientos sobre la habilidad para comunicar malas noticias

Nivel de conocimientos	N°	%
Deficiente	98	64.47
Regular	44	28.95
Bueno	9	5.92
Muy bueno	1	0.66
Total	152	100.00

Tabla 3
Características de los internos asociadas con el nivel de conocimientos

Conocimientos	Deficiente		Regular		Bueno		Muy bueno		Total
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Características									
Edad									
22-29 años	87	62.14	43	30.71	9	6.43	1	0.71	140
30-37 años	11	91.67	1	8.33	0	0.00	0	0.00	12
	$\chi^2=$	4.26			$p=$	0.23			
Sexo									
Femenino	61	66.30	26	28.26	5	5.43	0	0.00	92
Masculino	37	61.67	18	30.00	4	6.67	1	1.67	60
	$\chi^2=$	1.79			$p=$	0.62			
Universidad									
Pública	70	63.64	35	31.82	5	4.55	0	0.00	110
Privada	28	66.67	9	21.43	4	9.52	1	2.38	42
	$\chi^2=$	5.07			$p=$	0.17			
Lugar de internado									
Hospital	64	62.75	29	28.43	8	7.84	1	0.98	102
Centro de salud	28	70.00	11	27.50	1	2.50	0	0.00	40
Clínica	6	60.00	4	40.00	0	0.00	0	0.00	10
	$\chi^2=$	3.24			$p=$	0.78			
Total	98	64.47	44	28.95	9	5.92	1	0.66	152
Conocimientos									
Características									
Experiencia									
Sí	63	60.58	33	31.73	7	6.73	1	0.96	104
No	35	72.92	11	22.92	2	4.17	0	0.00	48
	$\chi^2=$	2.48			$p=$	0.48			
Valoración									
Positiva	42	66.67	16	25.40	4	6.35	1	1.59	63
Negativa	56	62.92	28	31.46	5	5.62	0	0.00	89
	$\chi^2=$	1.99			$p=$	0.57			
Percepción									
Sí	54	65.85	21	25.61	6	7.32	1	1.22	82
No	44	62.86	23	32.86	3	4.29	0	0.00	70
	$\chi^2=$	2.18			$p=$	0.54			
Formación									
Sí	14	70.00	5	25.00	0	0	1	5.00	20
No	84	63.64	39	29.55	9	6.82	0	0.00	132
	$\chi^2=$	8.20			$p=$	0.04			
Dominio protocolo									
Sí	10	55.56	5	27.78	2	11.1	1	5.56	18
No	88	65.67	39	29.10	7	5.22	0	0.00	134
	$\chi^2=$	8.64			$p=$	0.04			
Preferencia de aprendizaje									
Simulación	36	66.67	16	29.63	2	3.70	0	0.00	54
Rotaciones	37	68.52	13	24.07	3	5.56	1	1.85	54
Juego de roles	11	57.89	6	31.58	2	10.5	0	0.00	19
Otros*	14	56.00	9	36.00	2	8.00	0	0.00	25
	$\chi^2=$	4.65			$p=$	0.86			
Total	98	64.47	44	28.95	9	5.92	1	0.66	152

2. DISCUSIÓN

La evaluación ideal de la habilidad para comunicar malas noticias, es mediante una simulación (Poei et al., 2022).

Una aproximación accesible en el tiempo y en lo económico, es una prueba de conocimientos.

En la Tabla 1 se observan las características generales de los 152 internos de medicina de la ciudad de Arequipa del 2023.

El 92.11% de los internos tenían una edad entre 22-29 años. La edad promedio fue de 25.93 ± 2.76 años, concuerda con (Coaquira Quiroga, 2022), donde la edad más frecuente fluctuó entre 24-26 años, debido a que ambas poblaciones fueron internos.

Con respecto al sexo, 60.53% fueron mujeres, hallazgo semejante con (Díaz-Martínez et al., 2021) en Colombia y (Mayo et al., 2021) en España, pero que difiere con (Azadi et al., 2018) en Irán, donde 53.9% fueron varones, ello se podría explicar porque en este país se restringe el acceso a la educación universitaria a las mujeres.

El 72.37% procedían de una universidad pública, esto difiere con (Coaquira Quiroga, 2022), porque provenían en su mayoría de una universidad privada (64%), ello se debería a la empatía de los encuestados al resolver un cuestionario elaborado por colegas de la misma universidad.

En cuanto al lugar de internado, 67.11% estaban realizando sus prácticas en el Hospital, 26.32% en un centro de salud y 6.58% en una clínica.

En consideración a la experiencia de ser emisor, vale decir, quien entregó una mala noticia al paciente, 68.42% ya lo experimentaron durante sus prácticas, esto discrepa con los estudios efectuados en Portugal (28%) y Polonia (9%), probablemente se explique porque la población de estudio fueron estudiantes que cursaban el periodo clínico, por esta razón, tienen menos oportunidades para experimentarlo, pero, subraya que esta tarea es usual durante la carrera (Coutinho & Ramesur, 2016; Kotłowska et al., 2022).

Respecto a la valoración de la experiencia, 58.55% lo perciben como negativo, este desenlace coincide con (Elashiry et al., 2022) en Egipto con un 52%, ello podría obedecer a la escasa formación

del tema, además, el hacer frente a las emociones del paciente o la del familiar y el miedo a que lo culpen por las noticias emitidas (Buckman, 1984).

Acerca de la percepción para comunicar dichas noticias, es decir, si se siente capaz, 46.05% niegan poder afrontar esta tarea, se asemeja con los estudios en Polonia (58.2%) y en Irán (62.5%), ello sería originado por la falta de oportunidades para la práctica y la escasa educación sobre habilidades comunicativas (Azadi et al., 2018; Lenkiewicz et al., 2022).

A continuación, 86.84% declaran una falta de formación, desenlace semejante con (Guillén López & Olascoaga Mesía, 2017) que reporta un 100%, (Flores-Funes et al., 2020) con 79.2% y (Díaz-Martínez et al., 2021) con un 83.9%, ello sería producto de la no incorporación del tema de comunicar malas noticias durante el pregrado, que perpetua hasta en residentes y especialistas.

Además, solo 11.84% dominan algún protocolo, resultado parecido con (Elashiry et al., 2022) que señala un 10% y (Díaz-Martínez et al., 2021) con 13.1%, en cambio, difiere con (Ferreira et al., 2022) quien indica un 62%, ello sería motivado por la ausencia de cursos o tópicos en el pregrado de Medicina de Egipto y Colombia, mientras que, sucede lo contrario en Brasil.

En cuanto a las preferencias de aprendizaje, 83.56% opta por un enfoque práctico como simulación, momentos de enseñanza y juego de roles, hecho similar con (Lenkiewicz et al., 2022) en Polonia, ello sería promovido porque los métodos activos permiten la práctica, la mejora y el desarrollo de las habilidades comunicativas.

En la Tabla 2 se presenta el nivel de conocimientos de los internos de medicina sobre la habilidad para comunicar malas noticias, obtuvieron 64.47% un nivel deficiente, 28.95% regular, 5.92% bueno y 0.66% muy bueno. La mayoría (93.42%) obtuvo una calificación entre deficiente y regular, probablemente debido a que no se dicta el tema durante el pregrado.

En la Tabla 3 se evidencia las características personales de los internos asociadas con el nivel de conocimiento para comunicar malas noticias.

El 92.85% del primer grupo y el 100% del segundo grupo etario obtuvieron un nivel de conocimientos deficiente y regular. La edad de los internos no

está asociada al nivel de conocimientos ($p=0.23$), concuerda con (Azadi et al., 2018) que halló que la edad no se asocia con la habilidad ($p= 0.9$), ello podría deberse porque este tema no se enseña en Arequipa e Irán, de modo que, el tener mayor o menor edad no tiene un efecto sobre los conocimientos .

El 94.56% de mujeres y el 91.67% de varones consiguieron un nivel de conocimientos deficiente y regular. El sexo de los internos no está asociado al nivel de conocimientos ($p=0.62$), coincide con (Azadi et al., 2018) que encontró que el sexo no se asocia con la habilidad ($p =0.57$), podría explicarse por el vacío educativo en este tópico en Arequipa e Irán, de ahí que, ser mujer o varón no afecta en un mejor o peor desempeño en una prueba de conocimientos.

El 95.46% procedían de una universidad pública y el 88.10% de una privada alcanzaron un nivel de conocimientos deficiente y regular. La titularidad de la universidad no está asociada al nivel de conocimientos ($p=0.17$), difiere con (Mayo et al., 2021) que destacó que el estudiante de sexto año de medicina de una universidad privada tenía una mejor formación ($p \leq 0.001$), podría atribuirse porque en las facultades de medicina en España se ofrece un curso, en especial, las particulares, al contrario, en Arequipa.

Los internos que realizaron sus prácticas en el hospital (91.18%), centro de salud (97.50%) y clínica (100%) lograron un nivel de conocimientos deficiente y regular. La sede del internado no está asociada al nivel de conocimientos ($p=0.78$), ello sería originado por la aplicación virtual del cuestionario y sin límites de tiempo, por ende, las condiciones del entorno laboral no afectaron su desempeño en la prueba.

Los internos que han comunicado malas noticias (92.31%) y quienes aún no (95.84%) obtuvieron un nivel de conocimientos deficiente y regular. La experiencia de los internos no está asociada al nivel de conocimientos ($p=0.48$), se opone a (Ferreira Da Silveira et al., 2017) que observó que los galenos con más experiencia buscaban las condiciones ideales para comunicar tales noticias ($p=0.02$), ello sería motivado porque los doctores con más de 20 años de ejercicio clínico adquirieron los conocimientos de manera informal como: el ensayo y error, la intuición y la observación, así pues, la poca experiencia de los internos no intervino en el rendimiento del cuestionario.

Los internos que aprecian el encuentro positivo (92.07%) y negativo (94.38%) consiguieron un nivel de conocimientos deficiente y regular. La valoración de la experiencia no está asociada al nivel de conocimientos ($p=0.57$), ello se debería porque la objetividad que se nos recalca durante la carrera prevalece sobre la apreciación al responder un examen, más bien, una experiencia negativa se asocia con falta de formación como lo resalta (Elashiry et al., 2022).

Los internos que se perciben capaces (91.46%) e incapaces (95.72%) alcanzaron un nivel de conocimientos deficiente y regular. La percepción no está asociada al nivel de conocimientos ($p=0.54$), puesto que, la evaluación subjetiva de sí mismo, no contribuiría sustancialmente en su desempeño en una prueba de conocimientos.

Solo un interno recibió educación y obtuvo una calificación muy buena, en cambio, 123 lo niegan y lograron una calificación entre deficiente y regular. La formación previa está asociada al nivel de conocimientos ($p=0.04$), esto refleja posiblemente que la enseñanza adquirida de: cursos, congresos, libros, internet, tiene un efecto positivo en el rendimiento académico, así mismo, fortalece la autopercepción como lo señala (Ferreira et al., 2022).

Solo un interno conoce un protocolo y consiguió una calificación muy buena, en contraste con, 127 lo niegan y lograron una calificación entre deficiente y regular. El dominar algún protocolo para comunicar malas noticias está asociado al nivel de conocimientos ($p=0.04$), puede revelar que el conocer las pautas para afrontar esta tarea contribuye positivamente en su actuación en un examen de conocimientos, además, afianza la autopercepción como lo indica (Ferreira et al., 2022).

Los internos que optan por la experiencia con un paciente simulado (96.30%), momentos de enseñanza durante las rotaciones (92.59%), juego de roles (89.47%) y enfoques teóricos (92.00%) alcanzaron un conocimiento entre deficiente y regular. La preferencia de aprendizaje no está asociada al nivel de conocimientos ($p=0.86$) , podría deberse porque el sistema educativo de medicina en Arequipa no integra aun el tema, así, los abordajes de enseñanza , por si solos , no tienen un efecto positivo en el conocimiento , por el contrario , (Poei et al., 2022) en Hawai y (Villela et al., 2020) en Brasil desarrollaron intervenciones educativas como: exposiciones, simulaciones , juego de roles

,en consecuencia , los estudiantes trasladaron lo aprendido a sus rotaciones e incrementó su aptitud para comunicar malas noticias.

3. CONCLUSIONES

Existieron limitaciones: no se obtuvo la respuesta de toda la población, el acceso a internet y la falta de un cuestionario previo limitó las comparaciones al evaluar los factores asociados.

Se recomienda desarrollar un curso de malas noticias a través de una clase expositiva o con un paciente simulado, realizando una evaluación de los conocimientos antes y después de la intervención educativa. Enseñar el protocolo SPIKES, de preferencia, antes del contacto con el paciente e incluir el tema de comunicar malas noticias en el plan de estudios de la Facultad de Medicina, mediante una enseñanza teórica y práctica, sin embargo, que enfatice el último abordaje.

Se concluye que la mayoría de internos de medicina de Arequipa tuvieron una edad entre 22-29 años, eran de sexo femenino, procedían de una universidad pública, se encontraban realizando sus prácticas en un hospital, habían sido emisores de malas noticias, lo valoraban negativamente, pero, se perciben capaces de afrontar esta tarea, no han recibido educación del tema, no conocen algún protocolo y les gustaría aprender del tema por enfoques prácticos.

El nivel de conocimientos predominante fue deficiente sobre la habilidad para comunicar malas noticias.

La formación previa y el dominar algún protocolo son factores asociados al nivel de conocimientos sobre la habilidad para comunicar malas noticias.

REFERENCIAS

- Azadi, A., Abdekhoda, M., & Habibi, S. (2018). Medical student's skills in notifying bad news based on SPIKES protocol. *Journal of the Liaquat University of Medical and Health Sciences*, 17(4), 249–254. <https://doi.org/10.22442/jlumhs.181740587>
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302–311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>
- Bascañán R., M. L. (2013). Breaking “bad news” in medicine. *Revista Medica Clinica Las Condes*, 24(4), 685–693. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(13\)70208-6](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(13)70208-6)
- Berkey, F. J., Wiedemer, J. P., & Vithalani, N. D. (2018). Delivering bad or life-altering news. *American Family Physician*, 98(2), 99–104. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2018/0715/p99.html>
- Bor, R., Miller, R., Goldman, E., & Scher, I. (1993). The meaning of bad news in HIV disease: Counseling about dreaded issues revisited. *Counseling Psychology Quarterly*, 6(1), 69–80. <https://doi.org/10.1080/09515079308254494>
- Buckman, R. (1984). Breaking bad news: Why is it still so difficult? *British Medical Journal*, 288(6430), 1597–1599. <https://doi.org/10.1136/bmj.288.6430.1597>
- Camargo, N. C., Lima, M. G. de, Brietzke, E., Mucci, S., & Góis, A. F. T. de. (2019). Teaching how to deliver bad news: a systematic review. *Revista Bioética*, 27(2), 326–340. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019272317>
- Coaquira Quiroga, Y. (2022). Experiencias, Percepción Y Conocimientos Sobre Comunicación De Malas Noticias En Internos De Medicina De Arequipa Durante El Periodo 2021 [Catòlica de Santa Maria]. <https://repositorio.ucsm.edu.pe/bitstream/e/20.500.12920/11659/70.2789.M.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Coutinho, F., & Ramessur, A. (2016). An Overview of Teaching Communication of Bad News in Medical School: Should a Lecture be Adequate to Address the Topic? *Acta Médica Portuguesa*, 29(12), 826–831. <https://doi.org/10.20344/amp.7909>
- DHSSPS. (2003). Breaking bad news Regional Guidelines. https://hscbereavementnetwork.hscni.net/wp-content/uploads/2014/05/Breaking_Bad_News.-Regional-Guidelines-2003.pdf
- Díaz-Martínez, L. A., Cuesta Armesto, M. H., & Díaz Rojas, M. J. (2021). Perspectives of Colombian medicine students about their formation on breaking bad news: A cross-sectional study. *Educacion Medica*, 22(6), 305–313. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2021.05.009>
- Elashiry, A., Wahed, W. Y. A., & Elhady, G. W. (2022). Assessing Physicians' Knowledge, Attitude, and Practice Towards Breaking Bad News: A Multi-center Study in Egypt. *Egyptian Journal of Hospital Medicine*, 89(2), 6305–6312. <https://doi.org/10.21608/EJHM.2022.268973>
- Ferreira Da Silveira, F. J., Botelho, C. C., & Valadão, C. C. (2017). Dando más notícias: A habilidade dos médicos em se comunicar com os pacientes. *Sao Paulo Medical Journal*, 135(4), 323–331. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.20160221270117>
- Ferreira, E. A. L., Brida, F. D., Curcelli, E. M., & Valette, C. O. S. (2022). Comunicación de malas

- noticias: autopercepción de estudiantes de medicina. *Revista Bioética*, 30(1), 54–62. <https://doi.org/10.1590/1983-80422022301506es>
- Flores-Funes, D., Aguilar-Jiménez, J., Lirón-Ruiz, R. J., & Aguayo-Albasini, J. L. (2020). Are bad news correctly communicated in medicine? Results of a training workshop based on videos and debriefing. *Educacion Medica*, 21(2), 118–122. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.07.005>
- Freiberger, M. H., Carvalho, D. de, & Bonamigo, E. L. (2019). Comunicação de más notícias a pacientes na perspectiva de estudantes de medicina. *Revista Bioética*, 27(2), 318–325. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019272316>
- 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/publication/320691232_Habilidad_de_los_medicos_residentes_para_comunicar_malas_noticias
- Haskard Zolnierek, K. B., & Dimatteo, M. R. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis. *Medical Care*, 47(8), 826–834. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31819a5acc>
- Kotłowska, A., Przeniosło, J., Sobczak, K., Plenikowski, J., Trzeciński, M., Lenkiewicz, O., & Lenkiewicz, J. (2022). Influence of Personal Experiences of Medical Students on Their Assessment of Delivering Bad News. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19). <https://doi.org/10.3390/ijerph191912040>
- Kumar, V., & Sarkhel, S. (2023). Clinical practice guidelines on breaking bad news. *Indian Journal of Psychiatry*, 65(2), 238. https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_498_22
- Lenkiewicz, J., Lenkiewicz, O., Trzeciński, M., Sobczak, K., Plenikowski, J., Przeniosło, J., & Kotłowska, A. (2022). Delivering Bad News: Self-Assessment and Educational Preferences of Medical Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5). <https://doi.org/10.3390/ijerph19052622>
- Maynard, D. W. (1996). On “Realization” in everyday life : The forecasting of bad news as a social relation. *American Sociological Review*, 61(1), 109–131. <https://doi.org/https://doi.org/10.2307/2096409>
- Mayo, M. E., Iglesias-Souto, P. M., Martínez-López, Z., & Taboada-Ares, E. M. (2021). Do medical students feel trained enough to communicate bad news? *Educacion Medica*, 22(3), 135–138. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2020.07.007>
- Meitar, D., & Karnieli-Miller, O. (2022). Twelve tips to manage a breaking bad news process: Using S-P-w-ICE-S–A revised version of the SPIKES protocol. *Medical Teacher*, 44(10), 1087–1091. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2021.1928618>
- Mir, N. U. (2004). Breaking bad news: Practical advice for busy doctors. *Hospital Medicine*, 65(10), 613–615. <https://doi.org/10.12968/hosp.2004.65.10.16612>
- National Board of Medical Examiners. (2022). *Guía De Redacción De Preguntas Del Nbme*. 2–32. https://www.nbme.org/sites/default/files/2022-10/NBME_Item-Writing_Guide_Spanish.pdf
- Poei, D. M., Tang, M. N., Kwong, K. M., Sakai, D. H., Choi, S. Y., & Chen, J. J. (2022). Increasing Medical Students’ Confidence in Delivering Bad News Using Different Teaching Modalities. *Hawai’i Journal of Health & Social Welfare*, 81(11), 302–308. https://hawaiijournalhealth.org/past_issues/hjhs8111_302.pdf
- Ptacek, J. T., & Eberhardt, T. L. (1996). Breaking bad news: A review of the literature. *Jama*, 276(6), 496–502. <https://doi.org/10.1001/jama.276.6.496>
- Rosenbaum, M. E., Ferguson, K. J., & Lobas, J. G. (2004). Teaching Medical Students and Residents Skills for Delivering Bad News: A Review of Strategies. *Academic Medicine*, 79(2), 107–117. <https://doi.org/10.1097/00001888-200402000-00002>
- Roter, D., Hall, J., & Katz, N. (1987). Relations between physicians’ behaviors and analogue patients’ satisfaction , recall and impressions. *Medical Care*, 25(5), 437–451. <https://www.jstor.org/stable/3765611>
- Sardell, A. N., & Trierweiler, S. J. (1993). Disclosing the cancer diagnosis. Procedures that influence patient hopefulness. *Cancer*, 72(11), 3355–3365. [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(19931201\)72:11<3355::AID-CNCR2820721135>3.0.CO;2-D](https://doi.org/10.1002/1097-0142(19931201)72:11<3355::AID-CNCR2820721135>3.0.CO;2-D)
- Shaw, J., Brown, R., & Dunn, S. (2015). The impact of delivery style on doctors’ experience of stress during simulated bad news consultations. *Patient Education and Counseling*, 98(10), 1255–1259. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.08.023>
- Sobczak, K., Leoniuk, K., & Janaszczyk, A. (2018). Delivering bad news: Patient’s perspective and opinions. *Patient Preference and Adherence*, 12, 2397–2404. <https://doi.org/10.2147/PPA.S183106>
- Sweeny, K., Shepperd, J. A., & Han, P. K. J. (2013). The goals of communicating bad news in health care: Do physicians and patients agree? *Health Expectations*, 16(3), 230–238. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2011.00709.x>
- Vandekieft, G. K. (2001). Breaking bad news. *American Family Physician*, 64(12), 1975–1978. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2001/1215/p1975.html>

- Villela, E. F., Bastos, L. K., de Almeida, W. S. ana, Pereira, A. O., de Paula Rocha, M. S., de Oliveira, F. M., & Bollela, V. R. (2020). Effects on Medical Students of Longitudinal Small-Group Learning about Breaking Bad News. *The Permanente Journal*, 24(19), 1–4. <https://doi.org/10.7812/TPP/19.157.500.12920/11659/70.2789.M.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Coutinho, F., & Ramessur, A. (2016). An Overview of Teaching Communication of Bad News in Medical School: Should a Lecture be Adequate to Address the Topic? *Acta Médica Portuguesa*, 29(12), 826–831. <https://doi.org/10.20344/amp.7909>
- DHSSPS. (2003). Breaking bad news Regional Guidelines. https://hscbereavementnetwork.hscni.net/wp-content/uploads/2014/05/Breaking_Bad_News.-Regional-Guidelines-2003.pdf
- Díaz-Martínez, L. A., Cuesta Armesto, M. H., & Díaz Rojas, M. J. (2021). Perspectives of Colombian medicine students about their formation on breaking bad news: A cross-sectional study. *Educacion Medica*, 22(6), 305–313. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2021.05.009>
- Elashiry, A., Wahed, W. Y. A., & Elhady, G. W. (2022). Assessing Physicians' Knowledge, Attitude, and Practice Towards Breaking Bad News: A Multi-center Study in Egypt. *Egyptian Journal of Hospital Medicine*, 89(2), 6305–6312. <https://doi.org/10.21608/EJHM.2022.268973>
- Ferreira Da Silveira, F. J., Botelho, C. C., & Valadão, C. C. (2017). Dando más notícias: A habilidade dos médicos em se comunicar com os pacientes. *Sao Paulo Medical Journal*, 135(4), 323–331. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.20160221270117>
- Ferreira, E. A. L., Brida, F. D., Curcelli, E. M., & Vatele, C. O. S. (2022). Comunicación de malas noticias: autopercepción de estudiantes de medicina. *Revista Bioética*, 30(1), 54–62. <https://doi.org/10.1590/1983-80422022301506es>
- Flores-Funes, D., Aguilar-Jiménez, J., Lirón-Ruiz, R. J., & Aguayo-Albasini, J. L. (2020). Are bad news correctly communicated in medicine? Results of a training workshop based on videos and debriefing. *Educacion Medica*, 21(2), 118–122. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.07.005>
- Freiberger, M. H., Carvalho, D. de, & Bonamigo, E. L. (2019). Comunicação de más notícias a pacientes na perspectiva de estudantes de medicina. *Revista Bioética*, 27(2), 318–325. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019272316>
- 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/publication/320691232_Habilidad_de_los_medicos_residentes_para_comunicar_malas_noticias
- Haskard Zolnierok, K. B., & Dimatteo, M. R. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis. *Medical Care*, 47(8), 826–834. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31819a5acc>
- Kotłowska, A., Przeniosło, J., Sobczak, K., Plenikowski, J., Trzciński, M., Lenkiewicz, O., & Lenkiewicz, J. (2022). Influence of Personal Experiences of Medical Students on Their Assessment of Delivering Bad News. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19). <https://doi.org/10.3390/ijerph191912040>
- Kumar, V., & Sarkhel, S. (2023). Clinical practice guidelines on breaking bad news. *Indian Journal of Psychiatry*, 65(2), 238. https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_498_22
- Lenkiewicz, J., Lenkiewicz, O., Trzciński, M., Sobczak, K., Plenikowski, J., Przeniosło, J., & Kotłowska, A. (2022). Delivering Bad News: Self-Assessment and Educational Preferences of Medical Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5). <https://doi.org/10.3390/ijerph19052622>
- Maynard, D. W. (1996). On “Realization” in everyday life : The forecasting of bad news as a social relation. *American Sociological Review*, 61(1), 109–131. <https://doi.org/https://doi.org/10.2307/2096409>
- Mayo, M. E., Iglesias-Souto, P. M., Martínez-López, Z., & Taboada-Ares, E. M. (2021). Do medical students feel trained enough to communicate bad news? *Educacion Medica*, 22(3), 135–138. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2020.07.007>
- Meitar, D., & Karnieli-Miller, O. (2022). Twelve tips to manage a breaking bad news process: Using S-P-w-ICE-S-A revised version of the SPIKES protocol. *Medical Teacher*, 44(10), 1087–1091. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2021.1928618>
- Mir, N. U. (2004). Breaking bad news: Practical advice for busy doctors. *Hospital Medicine*, 65(10), 613–615. <https://doi.org/10.12968/hosp.2004.65.10.16612>
- National Board of Medical Examiners. (2022). Guía De Redacción De Preguntas Del Nbme. 2–32. https://www.nbme.org/sites/default/files/2022-10/NBME_Item-Writing_Guide_Spanish.pdf
- Poei, D. M., Tang, M. N., Kwong, K. M., Sakai, D. H., Choi, S. Y., & Chen, J. J. (2022). Increasing Medical Students' Confidence in Delivering Bad News Using Different Teaching Modalities. *Hawai'i Journal of Health & Social Welfare*, 81(11), 302–308. https://hawaiijournalhealth.org/past_issues/hjhs8111_302.pdf
- Ptacek, J. T., & Eberhardt, T. L. (1996). Breaking bad news: A review of the literature. *Jama*, 276(6),

- 496–502. <https://doi.org/10.1001/jama.276.6.496>
- Rosenbaum, M. E., Ferguson, K. J., & Lobas, J. G. (2004). Teaching Medical Students and Residents Skills for Delivering Bad News: A Review of Strategies. *Academic Medicine*, 79(2), 107–117. <https://doi.org/10.1097/00001888-200402000-00002>
- Roter, D., Hall, J., & Katz, N. (1987). Relations between physicians' behaviors and analogue patients' satisfaction, recall and impressions. *Medical Care*, 25(5), 437–451. <https://www.jstor.org/stable/3765611>
- Sardell, A. N., & Trierweiler, S. J. (1993). Disclosing the cancer diagnosis. Procedures that influence patient hopefulness. *Cancer*, 72(11), 3355–3365. [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(19931201\)72:11<3355::AID-CNCR2820721135>3.0.CO;2-D](https://doi.org/10.1002/1097-0142(19931201)72:11<3355::AID-CNCR2820721135>3.0.CO;2-D)
- Shaw, J., Brown, R., & Dunn, S. (2015). The impact of delivery style on doctors' experience of stress during simulated bad news consultations. *Patient Education and Counseling*, 98(10), 1255–1259. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.08.023>
- Sobczak, K., Leoniuk, K., & Janaszczyk, A. (2018). Delivering bad news: Patient's perspective and opinions. *Patient Preference and Adherence*, 12, 2397–2404. <https://doi.org/10.2147/PPA.S183106>
- Sweeny, K., Shepperd, J. A., & Han, P. K. J. (2013). The goals of communicating bad news in health care: Do physicians and patients agree? *Health Expectations*, 16(3), 230–238. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2011.00709.x>
- Vandekieft, G. K. (2001). Breaking bad news. *American Family Physician*, 64(12), 1975–1978. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2001/1215/p1975.html>
- Villela, E. F., Bastos, L. K., de Almeida, W. S. ana, Pereira, A. O., de Paula Rocha, M. S., de Oliveira, F. M., & Bollela, V. R. (2020). Effects on Medical Students of Longitudinal Small-Group Learning about Breaking Bad News. *The Permanente Journal*, 24(19), 1–4. <https://doi.org/10.7812/TPP/19.157>