

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Posgrados

Conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales de Salud en un Hospital Materno-Infantil en relación a la comunicación de situaciones difíciles. Quito 2018

Verónica Katherine Oliva Velasco

Fabricio González-Andrade MD,PhD

Director del Trabajo de Titulación.

Trabajo de titulación de posgrado presentado como requisito
para la obtención del título de Especialista Neonatología

Quito, 9 de enero de 2019

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

COLEGIO DE POSGRADOS

HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales de Salud en un Hospital Materno-Infantil, en relación a la comunicación de situaciones difíciles. Quito 2018

Verónica Katherine Oliva Velasco

Firmas

Fabricio González-Andrade.

MD,PhD en Medicina y Genética.

Director del Trabajo de Titulación.

Fernando Esteban Aguinaga Romero.

Dr. en Medicina-Especialista en

Pediatría-Clinical Fellowship in

Neonatal – Perinatal Medicine

Director del Programa de **Neonatología**

Luis Alfonso Eguiguren León.

Dr. en Medicina y Cirugía.

Fellowship in Pediatric Intensive Care

Decano del Colegio de Ciencias de la Salud

Hugo Burgos,Ing.en Electrónica y Sistemas

de Control,PhD en estudios mediáticos

Decano del Colegio de Posgrados

Quito, 9 enero de 2019

© Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombre: Verónica Katherine Oliva Velasco

Código de estudiante: 00140418

C. I.: 1712630035

Lugar, Fecha Quito, 9 enero de 2019

DEDICATORIA

A todos los neonatos y sus madres, nacidos en mi querido hospital a quienes les debo tanto aprendizaje en el ámbito profesional y emocional. Les expreso mi cariño con mi estudio y esfuerzo para servirlos mejor.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Humberto Navas, director de Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, quien con su ayuda incondicional y desinteresada colaboró con mi formación académica, pensando en el bien del paciente y de la sociedad.

Al Dr. Alex Albornoz, docente de la Universidad San Francisco de Quito, a la Dra. Linda Arturo , Coordinadora de Calidad del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, Al Dr. Luis Mejía Revelo, Líder del Servicio de Neonatología, quienes facilitaron la realización de esta investigación

A mis compañeros de trabajo, médicos y enfermeras con quienes luchamos a diario para mejorar la calidad de atención de salud en nuestro hospital

A mi familia por su motivación, apoyo, acompañamiento y ayuda para logra uno de mis sueños académicos más importantes.

Resumen

Contexto: Comunicar malas noticias es un evento frecuente en las áreas Gineco-Obstétricas y Neonatales, donde los desenlaces pueden afectar la vida de la madre y su recién nacido. **Propósito:** Evaluar conocimientos, actitudes y prácticas para dar malas noticias, los médicos del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora en los meses de Septiembre a Noviembre del 2018. **Sujetos y Métodos:** Participan 106 médicos, en un estudio observacional transversal, con preguntas estructuradas y aplicadas a grupos focales, en dos tiempos con capacitación intermedia. A las madres de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales se las entrevista sobre características de entorno, empatía y actitud del médico. **Resultados:** Los médicos con una experiencia menor a 5 años (62,62%) son el mayor grupo, sexo femenino 49 (72,06%) y masculino 17 (44,74%) con $P=0,02$. Los conocimientos, actitudes y prácticas son medianamente aceptables 33 (31,13%) y aceptable 73 (68,67%). Al comparar las encuestas pre y post capacitación existe inicialmente diferencias significativas entre Neonatología y Gineco Obstetricia, con mayor actitud para al área Neonatal $P=0,003$; los residentes en formación tienen en prácticas 88,3% con $P=0,05$ significativa; luego de la capacitación los conocimientos actitudes y prácticas mejoran hasta en un 93% para todos los grupos. El 12% de las madres refiere sentirse incómodas con el entorno $P=0,024$. El 68% de las madres pudo expresar sentimientos durante la información $P=0,054$ y un 36% sintió que el médico no se preocupó de sus sentimientos. **Conclusiones:** El mayor trabajo hospitalario lo realizan los médicos < de 5 años. El área neonatal tienen mayor actitud, aunque los conocimientos y prácticas también son aceptables en Gineco -Obstetricia y residentes. Las madres requieren mayor participación empática del médico demostrándose la necesidad más investigación y capacitaciones.

Palabras clave: Malas noticias, duelo anticipado, empatía, comunicación, conocimiento, actitudes, prácticas.

ABSTRACT

Context: Communicating bad news is a frequent event in the gyneco-obstetric and neonatal areas, where outcomes can affect the life of the mother and her newborn. **Purpose:** Assess knowledge, attitudes and practices to give bad news, the doctors of the Gynecological-Obstetric Hospital Isidro Ayora in the months of September to November of 2018. **Subjects and Methods:** 106 doctors participate, in a cross-sectional observational study, with structured questions and applied to focus groups, in two periods with intermediate training. The mothers of the Neonatal Intensive Care Unit are interviewed about environmental characteristics, empathy and attitude of the doctor. **Results:** Physicians with less than 5 years of experience (62.62%) are the largest group, females 49 (72.06%) and males 17 (44.74%) with P0.02. Knowledge, attitudes and practices are moderately acceptable 33 (31.13%) and acceptable 73 (68.67%). When comparing the pre- and post-training surveys, there are initially significant differences between Neonatology and Obstetrics Gynecology, with a greater attitude for the Neonatal area P 0.003; the residents in training have in practice 88.3% with P 0.05 significant; After the training the knowledge attitudes and practices improve up to 93% for all groups. 12% of mothers report feeling uncomfortable with the P 0.024 environment. 68% of the mothers could express feelings during the information P 0.054 and 36% felt that the doctor did not worry about their feelings. **Conclusions:** The largest hospital work is performed by doctors <of 5 years. The neonatal area have greater attitude, although knowledge and practices are also acceptable in Gynecology - Obstetrics and residents. Mothers require greater empathic participation from the doctor, demonstrating the need for more research and training.

Key Words: Bad news, anticipated grief, empathy, communication, knowledge, attitudes, practices.

TABLA DE CONTENIDO

Resumen	6
Abstract.....	7
1Introducción	10
1.1 Planteamiento del Problema.....	10
1.2Justificación.....	11
1.3.-Marco Teórico.....	13
1.4.-Pregunta de la investigación.....	20
1.5.-Objetivo.....	21
1.6-Hipótesis.....	21
2.Revisión de la literatura	22
3Metodología y diseño de la investigación.....	23
3.1Tipo de Estudio.....	23
3.2 Universo de la Muestra.....	25
3.3 Criterios de Inclusión y exclusión.....	26
3.4Operacionalizacion de variables.....	26
3.5Criterios éticos.....	35
4.Análisis de datos.....	36
5.Conclusiones.....	46
6.Referencias.....	47
ÍNDICE DE ANEXOS	49

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de las características demográficas de los médicos entrevistados en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora 2018.....	36
Tabla 2. Distribución de resultados de la Encuesta CAP de malas noticias a los médicos del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora 2018.....	37
Tabla.3 Distribución de los resultados de la Encuesta CAP de malas noticias antes y después de la Capacitación.....	38
Tabla 4. Resultados de encuesta Según área de trabajo en Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora 2018.....	39
Tabla 5. Resultados de la encuesta a madres de neonatos atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora en el mes de Noviembre 2018.....	41

INTRODUCCION

1.1 Planteamiento del Problema

Evidenciar el nivel de conocimiento de los profesionales del área Neonatología de la Institución sobre como informar en situaciones difíciles , determinando la aplicación de protocolos que faciliten el proceso. Para la realización de este estudio se ha elegido , encuestas de referencia como las encuestas de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP), ideales en campañas de cambio de comportamiento para evaluar los conocimientos, las actitudes y las prácticas de los destinatarios respecto del tema . En nuestro caso las encuestas CAP son muy útiles en programas de salud pública como este , combinan la información cualitativa con datos cuantitativos obtenidos de muestras relativamente pequeñas de la población destinataria y de esta forma logra nuestro objetivo.^{1,2} Pero comunicar se aprende y no hemos sido preparados para ello, lo que es fundamental conjuntamente con el mantenimiento de una adecuada relación médico paciente (RMP). En esta relación que se establece entre dos seres humanos, el médico intentará ayudar, acompañar al paciente durante el trascurso de la enfermedad y el enfermo se entregará al cuidado de éste. Para que esto suceda, la RMP debe ser adecuada, sino sería utópico hablar de esta manera.⁹

1.2 Justificación

El tema de la comunicación de la verdad cuando se trata de una mala noticia en salud, es complejo y puede ser abordado de distintas maneras. Este trabajo se ha propuesto determinar como maneja nuestro personal de salud la información a las madres sobre la salud de su recién nacido, considerando que al ser un Hospital de complejidad abarca

patologías neonatales diversas. A la vez se desea implementar pautas que faciliten este proceso de manera efectiva y empática mediante capacitaciones con protocolos estandarizados.

Considerando que la manera de cómo se comunica una mala noticia tiene un efecto profundo en los pacientes, familiares y en el mismo profesional, se desea generar instancias educativas que permitan flexibilizar este proceso comunicacional identificando las propias dificultades y reconociendo las respuestas psicológicas de las madres ante el dolor y el duelo^{3,4}.

1.3.- Marco Teórico

Dentro del paradigma de informar la verdad, las denominadas “situaciones difíciles” son retos de la práctica diaria de los profesionales de salud. El dar una mala noticia constituye una parte fundamental de estas situaciones, en donde se unen eventos emocionales y psicosociales que demandan una adecuada relación del profesional de salud con los pacientes y sus familiares mientras enfrentan juntos enfermedades con desenlaces muchas veces funestos^{1,3,4}

Podemos definir la mala noticia como aquella que drásticamente y negativamente altera la propia perspectiva del paciente en relación con su futuro definición realizada por Buckman en 1984.⁴ Los receptores de malas noticias no olvidan nunca dónde, cuándo y cómo se les informó de ella. Los factores que dificultan la comunicación de malas noticias pueden provenir del ambiente sociocultural, del paciente o del propio médico.⁷

En la madre embarazada una mala noticia como un nacimiento prematuro, involucra muchas emociones que pueden fluctuar entre un choque emocional, pena, tristeza, pánico hasta la culpa, el miedo y la preocupación. Esta información puede tener un impacto

negativo en el futuro de un niño y su familia y su repercusión depende del contexto psicosocial, por lo cual requiere un manejo de la información adecuado.

Cuanto mayores son las expectativas del niño y sus padres con relación a su futuro y menor el grado de percepción de la situación actual, más impacto emocional puede causar la noticia.³

Dentro del ámbito legal en el Ecuador, todo establecimiento de Salud debe informar sobre el estado de salud del niño, niña o adolescente, a sus progenitores o representante legal³, cabe aclarar, que en este contexto la información se designa a la autoridad parental directa la cual es la madre o el padre del neonato. En algunos casos en los cuales legalmente se haya designado la tenencia legal de otros familiares serán ellos quienes reciban y participen de la información y conductas a seguir en la evolución del recién nacido.^{2,6}

El neonato enfermo es un paciente difícil, en donde la morbilidad y mortalidad son elevadas, las malformaciones congénitas, las secuelas neurológicas y el pronóstico de vida no pueden ser definidos de inmediato. Por otro lado se encuentra el avance de la ciencia y la tecnología que favorece la intervención oportuna de prematuros cada vez más extremos, quienes enfrentan morbilidades futuras importantes. El profesional de salud en esta área se enfrenta permanentemente a situaciones difíciles causantes de intensa frustración, culpa, impotencia, fracaso, con riesgo de fraccionamiento del vínculo con la familia.⁴

Se puede concluir que los neonatólogos asistimos a pacientes en los que la muerte es un hecho más probable y concreto que en otras subespecialidades pediátricas. Luchamos contra la muerte del recién nacido en muchas oportunidades. Cada neonato que sobrevive estimula la ilusión de que podemos vencerla y negamos la paradoja de su existencia en el inicio de la vida.⁴ Otros factores que nos explican el temor del profesional de salud es enfrentarse con el sufrimiento del paciente.

Existen estrategias de evitación tales como abordar solamente síntomas físicos, eludir cuestiones relacionadas con los sentimientos, minimizar los sentimientos calificándoles de normales, animar al niño o sus padres con respuestas tópicas y finalmente proteger al paciente o a la familia tranquilizándoles más de lo debido ⁴

El motivo más importante 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.

Comunicar malas noticias es un arte, pero también una ciencia, y hacerlo de manera adecuada requiere conocimientos y habilidades que han recibido poca atención en el área médica y en la investigación en pediatría menos aún en la vida neonatal.⁸

La falta de formación en áreas de comunicación, en general, hace que dar malas noticias nos genere ansiedad e inseguridad, pudiendo incluso provocar más dolor del necesario al informar. Esto nos lleva a determinar que a nadie le gusta dar malas noticias. Este fenómeno ha sido denominado efecto MUM (Mum about Undesirable Messages o silencio sobre mensajes no deseados) y sería producto de nuestra inferencia de la reticencia del otro a recibir la información y del temor de vernos “contagiados” por las reacciones emocionales que la información genere.²

La secuela de una mala noticia entregada de manera abrupta e intensa puede ser devastadora y de larga duración. Los estudios consistentemente han demostrado que el modo en que el profesional de la salud entrega la mala noticia, establece una marca indeleble sobre la relación profesional-paciente. Cuando la noticia es entregada pobremente, la experiencia puede quedar en la mente del paciente y/o su familia por largo tiempo.⁵ Por otro lado es importante destacar que la comunicación de la verdad se basa en el reconocimiento del valor de la veracidad y de que ésta forma parte del respeto que merece toda persona y constituye la

base de cualquier relación de confianza . La mentira desconoce la dignidad intrínseca del ser humano así como su libertad. Saber la verdad es por tanto un derecho básico humano. Todo ser humano tiene derecho a participar, con conocimiento y apoyo, de las decisiones que se tomen respecto a su propia persona.⁹

Existen pocos estudios aleatorizados han demostrado que el aprendizaje de habilidades de comunicación puede producir un impacto positivo tanto en el dador como en el receptor de malas noticias. Con el fin de facilitar esta tarea se describe un protocolo práctico y dinámico de 6 pasos, descrito por Baile y Buckman, que puede ser de utilidad para cumplir esta tarea.^{10,11}

El recibir malas noticias en el periodo perinatal lleva a una etapa de un duelo anticipado, el cual se lo define como el shock inicial ante el diagnóstico y la negación de la muerte próxima del neonato, mantenida en mayor o menor grado hasta el final; también por la ansiedad, el miedo y el centrarse en el cuidado del enfermo. Este período es una oportunidad para prepararse psicológicamente para la pérdida y deja profundas huellas en la memoria como una reacción adaptativa natural, normal y esperable ante la pérdida de un ser querido. El duelo no es una enfermedad, aunque resulta ser un acontecimiento estresante de gran magnitud, que tarde o temprano debemos afrontar todos los seres humanos ⁹.

Popularmente se cree que la muerte de un recién nacido o no nacido, al carecer de tiempo suficiente para convivir y de establecer fuertes lazos de unión, produce menos dolor ante la pérdida de un hijo. Es importante entender que el vínculo afectivo entre madre e hijo se empieza a construir desde el embarazo. Los deseos, sueños, necesidades psicológicas maternas y paternas comienzan a formar esta relación. Cuando muere un hijo antes de nacer o poco después de su nacimiento, también mueren los sueños, ilusiones, y profundas expectativas de ambos padres y de sus familiares.

La primera teoría sistemática sobre mecanismos de defensa fue propuesta por Anna Freud en su libro de 1963, *El Yo y los mecanismos de defensa*. En este trabajo, en el que se explican numerosos mecanismos de defensa diferentes, reconcilia varias ideas de S. Freud, indicando que las defensas contra sentimientos y afectos dolorosos y las defensas contra las pulsiones se basan en los mismos motivos y sirven al mismo propósito. En ambos casos, los mecanismos de defensa protegen al yo “rechazando” sentimientos de ansiedad y culpa.¹⁴ Actualmente estas reglas de codificación de la defensa emocional se presentan en el *Defense Mechanism Manual*⁵ y han sido utilizadas por otros investigadores en sus estudios, lo cual ha permitido cuantificar mejor las reacciones humanas y evaluar los límites de normalidad, borderline y personalidad con trastornos psicopáticos.¹²

Las mujeres con pérdidas perinatales, manifiestan otros elementos de defensa que pueden complicar el proceso, como culpabilidad basada en causas imaginarias, tales como mantener relaciones sexuales durante el embarazo, alimentación y cuidado insuficiente, trabajo intenso y prolongado durante la gestación, por lo que se reprochan a sí mismas, y surgen intensos sentimientos de vergüenza y culpa.

Los mecanismos de defensa ante situaciones de estrés o angustia son formas automáticas e inconscientes que utilizamos para protegernos al recibir una mala noticia. Existen diferentes mecanismos algunos de los más habituales son:

Desconcierto: Los padres se enfrentan a lo desconocido. Esperaban a un recién nacido sin ningún problema, la gran mayoría de las veces deseado y querido. El tener que enfrentar y escuchar palabras de prematuridad, con malformaciones congénitas o que nació con complicaciones o enfermedades graves, los hace encontrarse sin entender, sin saber porque se presentó ésta malformación.

Represión: La represión es una estrategia de nuestra mente que nos permite ocultar de la conciencia aquellas ideas, experiencias o deseos que nos provocarían angustia. Cuando alguien vive una mala experiencia, es posible que ese recuerdo o algunas partes del mismo se repriman para evitar el malestar que generan.

Desplazamiento: Este mecanismo consiste en centrarnos en una cuestión concreta que nos permite no atender aquello que vivimos como realmente grave y nos genera una angustia más intensa.

Negación: Hablamos de negación cuando a pesar de ser conscientes de algo, nos esforzamos en comportarnos como si no lo supiéramos o mediante el lenguaje lo negamos. Esta estrategia puede aparecer cuando nos dan una mala noticia y respondemos con la idea de “no puede ser cierto”.

Culpabilidad: Surge un estado de culpabilidad en los padres cuando escuchan que el recién nacido ha muerto y empiezan a culparse. La mayoría de las veces se culpan a sí mismos al inicio de la pérdida del neonato y posteriormente ambos se culpan entre sí. Uno y otro se llega a ofender o a reclamar y se llegan a escuchar frases como “por tu culpa”, “porque te tardaste en hacerme caso”, “no te cuidaste ”o en el caso de malformaciones congénitas, “por tu familia o por tus antecedentes”

Regresión: La regresión es una defensa que aparece cuando actuamos de una forma que se corresponde con una edad menor a la nuestra o un momento del desarrollo que ya hemos vivido. Podemos verla cuando alguien se comporta de una manera infantil ante figuras de autoridad para evitar el temor que les supone cuestionarlas.

Racionalización: La racionalización aparece cuando necesitamos justificar una motivación inconsciente y empleamos un argumento lógico para no exponernos a esa motivación que nos genera.

Es necesario que los profesionales de salud neonatal tengan destrezas y habilidades en el proceso de comunicación de situaciones difíciles, para brindar orientación, información y consuelo a los padres del recién nacido valorando sus diferentes mecanismos de defensa e integrando la información a sus vidas de manera eficaz

La muerte perinatal entendida desde las 22 semanas hasta los 7 días de vida del recién nacido y la neonatal comprendida hasta los 28 días de vida, llevan a los padres a un dolor sumamente profundo y desgarrador, el cual se puede conducir de manera natural brindándole el tiempo necesario, y permitiéndose vivir las emociones que surgen ante ese dolor.

Entre las principales preguntas que se hace el médico al enfrentarse a una situación difícil de dar malas noticias son: ¿Decir o no decir? ¿Cuánto decir? ¿Cómo decir una mala noticia? ¿Quién es responsable de comunicarla? ¿A quién se le comunica? ¿Qué daño puede causar una noticia? ¿Cómo balancear verdad y esperanza? ¿Desean los pacientes saber la verdad? ¿Qué le ocurre al profesional al comunicar una mala noticia? ¿Se puede “proteger” al paciente y su familia del impacto de una mala noticia? . Estas preguntas son las que deben aclararse al enfrentarse ante este proceso.

El protocolo de Buckman consta de 6 etapas las cuales pretenden coordinar un dialogo oportuno y eficaz con el paciente.^{4,5,6} En el paciente neonatal se requiere el abordaje directo a los padres. La estructura del proceso de comunicación de una noticia adversa en los siguientes 6 pasos q son resumidos en el acrónimo SPIKES traducido al español como EPICEE (aludiendo a la palabra “epicentro” fácil de recordar): Entorno (preparación personal y del lugar), Percepción del paciente sobre su condición, Invitación a recibir información, Conocimiento (entrega de información), Exploración y acogida de los sentimientos y Estrategia futura ^{7,8}

Paso 1: Primera etapa. Preparar el contexto físico más adecuado

En esta etapa se incluirían todos los aspectos relacionados con el momento más adecuado, lugar, profesional, paciente, etc., así como una pequeña evaluación del estado emocional del paciente para averiguar si es el momento más adecuado para dar la mala noticia.

Paso 2: Averiguar cuanto sabe de la enfermedad

Es una parte fundamental del proceso ya que se averigua cuanto conocimiento hay al respecto de la patología del paciente . Se realiza mediante preguntas indirectas abiertas y escucha activa con técnicas de apoyo narrativo, concentrando la atención en los entrevistados padres, sino también en su comunicación no verbal. También nos permite determinar el nivel educacional, capacidad de expresión, preparación , así como su estado emocional en relación a su proceso.

Paso 3: Encontrar lo que el paciente quiere saber

Esta fase es fundamental a la hora de compartir información con los padres. A veces es difícil conocer si el enfermo quiere saber y si la información que se está aportando es mucha o escasa. O sea, que es difícil saber cuánta información es capaz de asimilar en cada entrevista.

Paso 4 : Compartir la información

Si el paciente en la anterior fase ha expresado su deseo de compartir toda la información procederemos a ello. 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 sobre la terapéutica a implantar.^{10,11,12}

Paso 5 :Responder a los sentimientos del paciente

Permite identificar y reconocer las reacciones de los pacientes. Unas malas noticias bien comunicadas pueden fracasar si el profesional no desarrolla adecuadamente esta parte. Como elementos importantes hay que destacar aquí el papel de los silencios, la empatía no verbal y la escucha y el respeto al paciente.

Paso 6: Planificación y seguimiento del proceso

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.¹¹

Finalmente la esperanza es importante para los pacientes, no obstante, los médicos aún están algo inseguros del cómo promover este factor frente a una enfermedad que amenaza la vida. La esperanza en medicina es de dos tipos: específica (por un resultado específico) y generalizada (un sentido de optimismo inespecífico). Al momento del diagnóstico de una enfermedad, el médico puede mantener un optimismo general, el cual es compatible con la obligación del médico de decir la verdad. Este optimismo puede ayudar sustancialmente al paciente y su familia a la adaptación con la realidad. El médico puede ayudar al paciente y su familia estableciendo objetivos específicos como control del dolor, el medio ambiente hospitalario, el trato adecuado. Los médicos pueden y deben promover el optimismo sin avalar una esperanza poco realista.

ActualmenteLa simulación médica se utiliza como una forma de sumergir a los médicos en formación en escenarios de práctica realistas para ayudarlos a consolidar su conocimiento médico formal y desarrollar el trabajo en equipo, la comunicación y las habilidades técnicas. El análisis se considera como un aspecto crítico del entrenamiento de simulación. Con un facilitador de interrogatorio capacitado, los participantes pueden ir más allá de una revisión de

rutina de las habilidades y los pasos tomados para explorar su proceso interno y auto reflexionar sobre como su experiencia durante la simulación formó su decisión y comportamiento. Sin embargo, el sentido de evaluación es un aspecto de la capacitación que puede aumentar la actitud defensiva de un aprendiz. La ansiedad aumenta cuando los participantes anticipan que se evalúen su desempeño, o cuando el escenario de simulación se relaciona con actividades interpersonales complejas, como aprender a dar malas noticias . Por lo tanto, el entrenamiento reflexivo colaborativo desarrollado a partir de ideas basadas en terapia familiar, es bastante prometedor con un enfoque adecuado para facilitar el diálogo abierto y una mayor auto reflexión al recibir capacitación.^{2,15}

El objetivo del presente estudio es definir la situación actual sobre la comunicación de situaciones difíciles en los médicos de Salud del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, a través de encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas para posteriormente Implementar un sistema comunicativo, eficiente para el abordaje de la información de situaciones difíciles en las áreas obstétricas y neonatales de los médicos del Hospital Gineco- Obstétrico Isidro Ayora .

1.4.- Pregunta PICO y pregunta de la Investigación .

Los médicos del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora tienen conocimientos, actitudes y prácticas adecuadas en la comunicación de malas noticias?

P: Médicos tratantes y residentes del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora.

I: Aplicación de encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas en dos cohortes, con la intervención de una capacitación intermedia sobre comunicación en situaciones difíciles del personal médico en el área Gineco Obstétrica y Neonatal

C: Comparación de la información de los encuestados luego de la capacitación

O: Mejorar el manejo de la comunicación en situaciones difíciles con las madres en periodo perinatal .

1.5.-Objetivo

General

Implementar un sistema comunicativo, eficiente para el abordaje de la información de situaciones difíciles en las áreas obstétricas y neonatales de los médicos del Hospital Gineco- Obstétrico Isidro Ayora .

Específico

1)Definir la situación actual sobre la comunicación de situaciones difíciles en los médicos de Salud del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, a través de encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas.

2)Capacitar los médicos tratantes y residentes tanto en formación como asistenciales de la Institución, sobre información de malas noticias a través de talleres evaluativos

3)Evaluar el conocimiento y expectativas de las madres de los recién nacidos de la sala de cuidados intensivos neonatales de la Institución.

1.6-Hipótesis

La aplicación de métodos adecuados para la información en situaciones difíciles necesario para los médicos de las áreas neonatales y obstétricas de la Institución. Se implementará protocolos que nos conduzcan a la entrega de malas noticias a las madres de los recién nacidos de riesgo, con fundamentos éticos y científicos logrando que el acompañamiento al paciente en estos momentos de la vida , sea un momento enriquecedor y gratificante para el médico.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Las bases de datos electrónicas utilizadas fueron: Redalyc (Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal) 12 artículos con criterio de inclusión 1. Dialnet (Universidad de la Rioja, España), MEDLINE (National Library of Medicine), Oxford Journals (Oxford University Press) reportan 86 publicaciones con criterios de inclusión de 5 artículos, Cochrane un artículo. Las palabras claves “bad perinatal news” en Medline 21 publicaciones de las cuales 15 son compatibles con área neonatal (2018 a 2011). Cochrane Reviews 1 (2016). En Google académico se usa palabra clave encuestas CAP de malas noticias se encuentran 17 estudios sin ningún criterio de inclusión esta sección se explica bajo qué parámetros se realizará la revisión de literatura. Por un lado, se deberán explicar los géneros que se considerarán y el tipo de fuentes consultadas, también se explicará si la información provendrá (o no) de revistas indexadas (*peer review journals*), libros populares, conferencias, entre otros y, por otro lado, se debe explicar la estructura que se utilizó para organizar la información, explicar cómo se generaron los temas de la revisión de la literatura (ej., lluvia de ideas por palabras clave; búsqueda en Internet; lectura de autores reconocidos en el área; utilización de referencias de artículos importantes para llegar a más fuentes; sugerencias de profesores, etc.). Se debe explicar el diseño de la revisión, por ejemplo, si es por tema, por cronología, por autores u otra forma de estructura.

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo de Estudio

Se realizará un estudio analítico, transversal, observacional mediante método de encuestas cuantitativo de Conocimientos, actitudes y prácticas del método para dar malas noticias a las madres de neonatos críticos del HGOIA.

Una encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) es un estudio cuantitativo de una población específica que reúne información sobre lo que la gente sabe, como se siente y como se comporta con relación a un tema en concreto. Las encuestas CAP se utilizan para recopilar datos valiosos que pueden servir para fortalecer la planificación y el diseño de programas como implementación de estrategias de salud. En la presente investigación, se realiza entrevistas grupales con una duración de 40 minutos. La encuesta se divide en 16 preguntas de conocimientos, 9 preguntas de actitudes y 7 de prácticas, las cuales se aplicaron en dos momentos estructuradas en los meses de Septiembre a Noviembre del 2018, dirigidas a los médicos incluidos en el estudio. Se realizó una categorización de las encuestas con puntajes según la escala de Stugart Anexo A Y B

Para valorar la confiabilidad de la encuesta en el enfoque cualitativo los criterios incluidos en COREQ,¹⁵ que constituyen una lista de verificación de 32 ítems, evaluando esquemas interpretativos en el contexto del estudio, los hallazgos, el análisis y las interpretaciones. El esquema que utilizamos para la validez estructural de la encuesta abarca 3 dominios :1 la verificación de equipo de investigación y reflexividad. El cual valora las características personales del investigador mejorando la credibilidad de los hallazgos, además aclara la relación con los participantes. En segundo lugar valora el diseño del estudio

y recopilación de datos en forma rigurosa y finalmente el análisis de datos y su recopilación.
Anexo C.

En el enfoque cuantitativo y análisis estadístico para validar el instrumento se llevó a cabo una prueba piloto en las condiciones previstas, con la participación de 15 personas , de la cual se obtienen los aprendizajes previos para disminuir los errores durante la aplicación del instrumento, particularmente en lo relacionado a la habilidad de la entrevistadora para el desarrollo de la técnica permitiendo determinar la validez interna y externa del mismo. Se aplica Alpha de Cronbach con un valor promedio de conocimientos, actitudes y prácticas de 0,70.

Se realiza una capacitación luego de un mes de aplicada la encuesta con una retroalimentación a los participantes de los hallazgos iniciales y conferencias grupales en cada área de trabajo sobre el tema .

Finalmente aplicamos una segunda encuesta igual a la primera para comparar los beneficios luego de la capacitación inicial y la encuesta de 10 ítems dirigidos a las madres en las que se enfocan preguntas sobre el entorno físico, el conocimiento previo de la enfermedad del neonato, expresión de emociones de la participante , apoyo del médico y empatía.

A continuación se describen los pasos a seguir en el diseño del estudio:

***Etapa 1:** Esta encuesta , se aplicará a los 120 médicos de la institución, tanto pediatras, gineco-obstetras, neonatólogos, residentes asistenciales y en formación quienes trabajan en la atención de madres embarazada con factores de riesgo y recién nacidos críticos . Duración 1 mes.

***Etapa 2 :** Se realizará posteriormente una capacitación sobre cómo dar información de malas noticias con talleres evaluativos con duración mínima de 1 meses.

***Etapa 3** Se aplicará nuevamente la encuesta CAP , a todos los médicos luego de un mes de terminada la capacitación con lo cual se intenta que la información recibida se este conceptualizando y aplicando en la actuación del personal. Duración 1 mes

***Etapa 4 :** Se tomará una muestra de casos controles en la unidad neonatal al final del estudio en la Terapia Intensiva Neonatal y sobre la información recibida a las madres del protocolo de Buckman. Esta etapa se realizará en un mes con la totalidad de los pacientes ingresados en terapia intensiva Neonatal y en Patología Obstétrica

***Etapa 5** Finalmente, se realizará el análisis de datos y depuración . Duración 15 días

***Etapa 6 :** Se establecerán las conclusiones, se emitirán recomendaciones y se difundirá la información entre el personal del hospital .

3.2 Universo de la Muestra

La población de estudio son los médicos pediatras y Gineco-Obstetras de la institución divididos en grupos de médicos tratantes, médicos residentes, médicos en formación de las áreas de neonatología, pediatría y ginecobstetricia completando 120 profesionales , encargados de dar información a las madres embarazadas sobre sus condiciones de riesgo, a las madres y padres o tutores legales de los recién nacidos ingresados al área de cuidados Neonatales.

Los médicos encuestados se dividen en:

Tratantes de Ginecología y Obstetricia que laboran en la Institución : 39 médicos.

Tratantes de Pediatría que laboran en la Institución : 30 médicos

Médicos Generales Asistenciales del servicio de Neonatología : 22 médicos

Médicos de Postgrado de Neonatología : 8 médicos

Médicos de Postgrado de Pediatría : 6 médicos

Médicos de Postgrado de Ginecología y Obstetricia : 15

Madres de neonatos críticos hospitalizados en la sala de Terapia Intensiva Neonatal por el lapso de 1 mes, en donde se determinará a través de encuestas la recepción y entrega de información de malas noticias.

3.3 Criterios de Inclusión

1) Los médicos tratantes de Pediatría y de Gineco- Obstetricia , residentes de Postgrado de Pediatría , Neonatología y Gineco- Obstetricia, residentes asistenciales asignados al área de Neonatología quienes están encargados de dar información a las madres sobre la salud y condiciones de recién nacido.

2.- Madres adultas de neonatos críticos, que previo consentimiento informado, serán encuestadas sobre la recepción de malas noticias

Criterios de Exclusión

Médicos de salud de otras áreas de la institución , quienes no son responsables del manejo de información de malas noticias a madres , padres o tutores legales.

Madres de neonatos que no pertenezcan a la sala de Terapia Intensiva Neonatal.

3.4 Operacionalización de las Variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Edad :	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	Cualitativa nominal	Edad biológica por rangos	A) 25 a 35 años b) 36 a 45 años c)46 a 55 años d)56 a 65 años c) mayores de 66 años

Sexo :	Identidad sexual en términos biológicos	Cualitativa dicotómica	Identidad biológica sexual	1) Masculino 2) Femenino
Especialidad	Rama de la ciencia médica en la cual se desempeña	Cualitativa nominal	Indicador de actividad médica en áreas espablecidas	1) Gineco-Obstetricia 2)Pediatria 3)Neonatologia 4)Intensivista 5)Anestesiologia 6)Médico General
Años de trabajo en la institución	Tiempo durante el cual una persona ha trabajado para la Unidad Laborar	Cualitativa nominal	Indicador de experiencia laboral	a) menos de 1 año b) de un 1 año a 3 años c) de 4 años a 6 años d) más de 6 años
1. ¿Defina Usted que es una mala noticia? Una sola respuesta:	Aquella noticia que drástica y negativamente altera su propia perspectiva y su relación con su futuro	Cualitativa nominal	Indicador de conocimiento de malas noticias	1.- Sí 2.- No

2.- ¿ Conoce Usted quien debe dar una mala noticia al paciente en nuestra país ?	En el Código de la Niñez del Ecuador vigente, la información a los padres de hijo o hija debe darse por el médico a cargo del caso	Cualitativa nominal	Indicador de conocimiento legal de información de malas noticias.	1- Si 2.- No
3.-¿ Conoce Usted el Proceso de Buckman para dar Malas noticias ?	Herramienta eficaz de apoyo en la información de malas noticias	Cualitativa nominal	Indicador de conocimiento científico	1.- Si 2.- No
4.- ¿Conoce usted lo que sabe la madre sobre la patología o las condiciones médicas de su hijo o hija ?	Es la segunda etapa del Proceso de Buckman en la cual Es una parte fundamental del proceso ya que se averigua cuanto conocimiento hay al respecto de la patología del paciente	Cualitativo dicotómico	Indicador de conocimiento perspectiva del neonato	1.- Si 2.- No
5.- ¿Conoce Usted el significado de Empatía ?. Una sola respuesta	Es una forma de aproximamiento y conocimiento del otro , poniéndose en los zapatos del otro.	Cualitativa nominal	Indicador de conocimiento científico de las malas noticias	1.- Si 2.- No

7.- ¿El médico ha recibido capacitación sobre cómo dar malas noticias?	El médico no recibe regularmente capacitación sobre malas noticias	Cualitativa dicotómica	Indicador de conocimiento sobre malas noticias	1.-Si 2.- No
8.-¿ Ha sentido temor al dar malas noticias ?	Miedo que se siente al considerar que algo perjudicial o negativo ocurra o haya ocurrido	Cualitativa dicotómica	Indicador de actitudes sobre malas noticias	1.-Si 2.- No
9.- ¿ Le gustaría aprender a dar malas noticias ?	Adquirir el conocimiento de algo por medio del estudio , el ejercicio o la experiencia.	Cualitativa dicotómica	Indicador de actitudes sobre malas noticias	1.- Si 2.- No
10.-Hacer partícipe al paciente o representante (madre) de la toma de decisiones	Relacion médico paciente compartida	Cualitativa nominal	Indicador de conocimientos de malas noticias	1. Verdadero 2. Falso 3. Desconoce
11 Da esperanza al dar malas noticias	Confianza que se realice algo que se desea	Cualitativa nominal	Indicador de actitudes de malas noticias	1. Verdadero 2. Falso 3. Desconoce

12.- Hacer partícipe de la información a otros miembros de la familia	Relación médico	Cualitativa nominal	Indicador de conocimientos de malas noticias	1. Verdadero 2. Falso 3. Desconoce
- 13.-Decir parte de la información para no causar daño	Relación médico -Paciente	Cualitativa nominal	Indicador de actitud de malas noticias	1.-Verdadero 2.-Falso 3.-Desconoce
14.-El médico siente ansiedad, miedo.	Número de veces que sucede el evento	Cuantitativa cardinal	Indicador de conocimientos de malas noticias	Escala de Likert 1. Muy frecuente 2. Frecuente 3. Casi nunca 4. Nunca
15.-No se encuentra preparado para dar la mala noticia	Numero de veces que sucede el evento	Cualitativa cardinal	Indicador de conocimientos de malas noticias	Escala de Likert 1. Muy frecuente 2. Frecuente 3. Casi nunca 4. Nunca

16.-No dispone del espacio y el tiempo necesario	Conjunto de factores que rodean una persona, sociales culturales del medio ambiente	Cualitativa cardinal	Indicador de perspectiva del paciente de práctica de malas noticias	Escala de Likert 1.Muy frecuente 2.Frecuente 3.Casi nunca 4.Nunca
17.- La actitud puede ser determinante para superar las malas noticias con confianza en uno mismo y mucha seguridad	Actitud al dar malas noticias	Cualitativa dicotómica	Indicador de actitudes de malas noticias	Pregunta cerrada 1.- Si 2.- No 3.- Desconoce
18.- Sentirse culpable es adecuado para darnos cuenta de la situación	Actitud al dar malas noticias	Cualitativa dicotómica	Indicador de actitudes de malas noticias	Pregunta cerrada 1.- Si 2.- No 3.- Desconoce
19.- Asumir las mala noticias en solitario nos ayuda a mantenernos en calma	Actitud al asumir malas noticias	Cualitativa dicotómica	Indicador de actitudes de malas noticias	Pregunta cerrada 1.- Si 2.- No 3.- Desconoce
20.- Pensar en el lado positivo de lo que ha pasado ayuda . Seguro que encuentras alguna razón por	Practica una relación de interés de lo que sufre el otro	Cualitativa dicotómica	Indicador de practicas de malas noticias	1.-Si 2.-No

la que puedes pensar en positivo en medio de la decepción				
21.- Al dar una mala noticia ,Usted se siente	Habilidades y capacidades del médico	Cualitativa nominal	Indicador de actitud de malas noticias	<p>Escala de Likert</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Muy preparado b. Preparado c. Poco preparado d. Nada preparado
22. Que actitud tomaría Usted si el paciente rechaza la información	Habilidades y capacidades del médico	Cualitativo nominal	Indicador de prácticas de malas noticias	<ul style="list-style-type: none"> a) Respeta la posición del paciente y realiza seguimiento b) Se enoja c) Llama a otro profesional para que le informe d) Solicita ayuda psicológica e) Llama a otros familiares
23.- Cuando tengo desacuerdos o peleas trato de ponerme en el lugar del otro	Competencias del médico al comunicar malas noticias	Cualitativo nominal	Indicador de prácticas malas noticias	<p>Escala de Likert</p> <ul style="list-style-type: none"> a) No, nada b) Poco c) Bastante d) Mucho
24.- Te es muy fácil leer o interpretar sentimientos de amigos cuando	Competencias del médico al comunicar malas noticias	Cualitativa nominal	Indicador de prácticas de malas noticias	<p>Escala de Likert</p> <ul style="list-style-type: none"> a)No, nada b)Poco

éste trata de ocultar sus problemas				c)Bastante d)Mucho
25.- Recibes con buen ánimo las críticas constructivas?	Competencias del médico al comunicar malas noticias	Cualitativa nominal	Indicador de prácticas malas noticias	Escala de Likert a)No, nada b)Poco c)Bastante d)Mucho
26- ¿Con qué frecuencia tiene que dar malas noticias ?	Competencias del médico al comunicar malas noticias	Cualitativa dicotómica	Indicador de prácticas malas noticias	Escala tipo Likert a)Diariamente b)varias veces por semana c)Una vez por semana d)Casi nunca e)Nunca
27- ¿ Al dar una mala noticia Usted se ha enfrentado situaciones penales o punitivas ?	Competencias del médico al comunicar malas noticias	Cualitativa dicotómica	Indicador de prácticas malas noticias	1. Si 2. No 3. No sabe
28.-¿Al dar una mala noticia Usted considera que se puede enfrentar a situaciones de violencia?	Competencias del médico al comunicar malas noticias	Cualitativa dicotómica	Indicador de prácticas malas noticias	1. Si 2. No 3.-No sabe
29.- Detecta cuanto quiere saber el paciente	Competencias del médico al comunicar malas noticias	Cualitativa dicotómica	Indicador de prácticas malas noticias	1. Si 2. No 3.No sabe
30.- Reconoce lo que siente el paciente	Competencias del médico al comunicar malas noticias	Cualitativa dicotómica	Indicador de prácticas malas noticias	1.Si 2No

				3 No sabe
31.- Planifica y sigue el proceso de información	Competencias del médico al comunicar malas noticias	Cualitativa dicotómica	Indicador de prácticas malas noticias	1.Si 2No 3 No sabe
32.- Evita decir que se puede morir el recién nacido	Competencias del médico al comunicar malas noticias	Cualitativa dicotómica	Indicador de prácticas malas noticias	1.Si 2No 3 No sabe

Recolección de datos

Se tomarán las encuestas a los médicos participantes en forma voluntaria respetando su autonomía y confidencialidad aplicando las encuestas en grupos focales, para responder las inquietudes de los participantes en forma individual evitando presiones .

Todos los datos serán almacenados en una base de datos de Excel para luego ser analizados con el software SPSS. Se utilizará estadística descriptiva e inferencial apropiada para el análisis

Análisis de la Información

Los datos serán ingresados con el sistema estadístico STATA 13.en donde se realizará la tabulación de las variables requeridas.

3.6 Consideraciones éticas

1)Confidencialidad

Es muy importante mantener la privacidad, por lo que se aplicarán las medidas necesarias para que nadie conozca la identidad de los participantes.

2)Firma de un Acta de Confidencialidad

La investigadora se compromete a la entrega del acta de confidencialidad en donde se indican los derechos de participación en la encuesta. ANEXO D

3)Anonimización de Datos

La información se identificará con un código que reemplazará los nombres y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador tendrán acceso. Sus nombres no será mencionado en los reportes o publicaciones .

4)Uso exclusivo de Información para esta Investigación

La información obtenida de la encuesta será exclusivamente utilizada por la investigadora para la realización del proyecto.

5)Consentimiento Informado

Se solicitará a cada profesional médico un consentimiento informado previo al toma de la encuesta Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio indicando que el participante puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Se describirá los derechos del participante, la confidencialidad de la información.

De igual forma se solicitara un consentimiento informado a las madres de los Neonatos hospitalizados en el área de Cuidados Neonatales de la institución, a quienes se les realizará una encuesta cualitativa sobre la información recibida por el profesional de salud. ANEXO F

Beneficios y riesgos potenciales para los participantes

La encuesta y capacitación que se realizará , tendrá beneficios en los participantes enriqueciendo su relación médico paciente, permitiendo la comunicación de malas noticias en forma ordenada y eficaz bajo protocolos establecidos. No existen riesgos para los participantes. Se entregará a los médicos información sobre los temas de la capacitación.

ANEXO G

ANÁLISIS DE DATOS

Detalles del análisis

Se realiza análisis estadístico univariado y bivariado aplicando X^2 , y de significancia estadística para interpretar las encuestas con programa estadístico STATA 13.

Tabla 1. Distribución de las características demográficas de los médicos entrevistados

	Masculino	Femenino	Total	X^2	P
Experiencia, n(%)					
Menos de 5 años	17 (44,74)	49 (72,06)	66 (62,26)	7,8537	0.020*
5 a 10 años	10 (26,32)	10 (14,71)	20 (18,87)		
Más de 10 años	11 (28,95)	9 (13,24)	20 (18,87)		
Especialidad, n (%)					
Ginecología	16 (42,11)	15 (22,06)	31 (29,25)	4,7347	0,094
Pediatría/Neonatología	7 (18,42)	17 (25)	24 (22,64)		
Residentes (no especialistas)	15 (39,47)	36 (52,94)	51 (48,11)		
Área, n (%)					
Ginecología **	23 (60,53)	25 (36,76)	48 (45,28)	7,5013	0.024*
Pediatría/Neonatología***	15 (39,47)	37 (54,41)	52 (49,06)		
Consulta****	0 (0)	6 (8,82)	6 (5,66)		

*p< de 0,05 Significación estadística .** Emergencia, Centro Quirúrgico, Patología Obstétrica, Cuidados Intensivos Maternos, Unidad Materno Fetal.*** Cuidados intensivos neonatales , cuidados intermedios, alojamiento conjunto, sala de partos. **** Consulta externa Ginecología y Pediatría.

Fuente: Encuestas.

Elaboración: Autora de la Investigación

De los 106 participantes encontramos que la edad media de los médicos fue de 38 años. En cuanto al sexo el 64,2 % son mujeres y el 35.9% son hombres. En la experiencia el mayor número de los participantes 66%, llevan trabajando en la institución menos de 5 años de los cuales el 72% son mujeres, con una significancia de $P 0,02$. En cuanto a la especialidad el mayor número de entrevistados fueron los médicos en formación no especialistas en un 48.1%, seguidos de médicos especialistas en Ginecología Obstetricia en 29,3%% y finalmente especialistas de Pediatría/Neonatología 22,6%, no se detectan diferencias significativas en los tres grupos. El área se divide en tres grupos del los cuales el 49 % corresponde a área Neonatal con una significancia de $0,02 p$, seguido de las áreas Gineco Obstétricas en 45,3% y consulta 5,7%

Tabla 2. Distribución de resultados de la Encuesta CAP de malas noticias a los médicos del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora 2018

	Masculino	Femenino	Total	X ²	p
Conocimientos, n(%)					
Medianamente aceptable	23 (60,53)	30 (44,12)	53 (50)	2,6254	0,105
Aceptable	15 (39,47)	38 (55,88)	53 (50)		
Actitudes, n(%)					
Medianamente	17 (44,74)	20 (29,41)	37 (34,91)	2,5197	0,112
Aceptable	21 (55,26)	48 (70,59)	69 (65,09)		
Prácticas, n(%)					
Medianamente aceptable	5 (13,16)	13 (19,12)	18 (16,98)	0,6142	0,433
Aceptable	33 (86,84)	55 (80,88)	88 (83,02)		
General, n(%)					
Medianamente aceptable	11 (28,95)	22 (32,35)	33 (31,13)	0,1319	0,717
Aceptable	27 (71,05)	46 (67,65)	73 (68,87)		

*p< de 0,05 Significación estadística *Aceptable (>35 puntos) . Medianamente Aceptable (25-34 puntos). No aceptable <24 puntos .

Fuente: Encuestas.

Elaboración: Autora de la Investigación

En la primera evaluación de conocimientos, prácticas y actitudes de los médicos del hospital para dar malas noticias, encontramos que en términos generales el 50% estos tienen conocimientos aceptables y medianamente aceptable sobre el tema, el 65,1% mantienen una actitud aceptable y el 83% considera dar malas noticias de manera adecuada. Y, tras la capacitación efectuada encontramos que tanto los conocimientos la actitud y practica presentan aumentan sus puntuaciones hacia un nivel aceptable y de manera global mejoran en torno al 20% .

tanto los conocimientos la actitud y practica presentan aumentan sus puntuaciones hacia un nivel aceptable y de manera global mejoran en torno al 20% .

Tabla.3 Distribución de los resultados de la Encuesta CAP de malas noticias antes y después de la Capacitación.

	Pre capacitación				Post capacitación			
	Ginecología	Pediatría/ Neonatología	Residentes	P X ²	Ginecología	Pediatría/ Neonatología	Residentes	P X ²
Conocimientos, n (%)								
Medianamente	15 (48,4)	13 (54,2)	25 (49,1)	0,896 2,7766	7 (20)	3 (13,6)	4 (9,1)	0,378
Aceptable	16 (51,6)	11 (45,8)	26 (50,9)		28 (80)	19 (86,4)	40 (90,9)	4,555
Actitudes, n (%)								
Medianamente	7 (22,6)	4 (16,7)	26 (50,9)	0,003*	5 (14,3)	6 (27,3)	11 (25)	0,404
Aceptable	24 (77,4)	20 (83,3)	25 (49,1)	3,5667	30 (85,7)	16 (72,7)	33 (75)	2,342
Prácticas, n (%)								
Medianamente	4 (12,9)	8 (33,3)	6 (11,7)	0,05*	4 (11,4)	4 (18,2)	2 (4,5)	0,202
Aceptable	27 (87,1)	16 (66,7)	45 (88,3)	1,5543	31 (88,6)	18 (81,8)	42 (95,5)	1,567
General, n (%)								
Medianamente	5 (16,1)	5 (20,8)	23 (45,1)	0,011*	2 (5,7)	4 (18,2)	4 (9,1)	0,300
Aceptable	26 (83,9)	19 (79,2)	28 (54,9)	0,2333	33 (94,3)	18 (81,8)	40 (90,9)	5,433

*p< de 0,05 Significación estadística

Fuente: Encuestas.

Elaboración: Autora de la Investigación.

Cuando analizamos los conocimientos prácticos y actitudes de los profesionales sanitarios según su especialidad encontramos que al inicio del estudio no existió diferencias significativas en cuanto a los conocimientos para dar malas noticias, mientras que los profesionales especialistas en Pediatría/ Neonatología presentaron actitud aceptable en el 83,3% , seguidos de los especialistas en ginecología con el 77,4% y los médicos no especialistas en formación con un 49,1% de actitud aceptable estas diferencias fueron estadísticamente significativas. Así mismo en cuanto a la práctica los médicos residentes fueron los que obtuvieron mejores puntuaciones en las encuestas con el 88,3% de prácticas aceptables en el momento de dar malas noticias seguidos de los especialistas en Ginecología y Pediatría/ Neonatología con el 87,1% y el 66,7% respectivamente. Y nivel general quienes tuvieron mejor puntuación aceptable fueron los especialistas en ginecología, seguidos de Pediatría/ Neonatología y finalmente los médicos residentes. No obstante, tras la capacitación todos los parámetros mejoraron en todos los médicos y no se encontró diferencias significativas entre los grupos (Tabla 3).

Tabla 4. Resultados de encuesta Según área de trabajo en Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora

	Pre capacitación				Post capacitación			
	Ginecología	Pediatría/ Neonatología	Consulta externa	P X ²	Ginecología	Pediatría/ Neonatología	Consulta externa	P X ²
Conocimientos, n (%)								
Medianamente	24 (50)	24 (46,1)	5 (83,3)	0,226	7 (15,6)	3 (6,3)	4 (50)	0.004*
Aceptable	24 (50)	28 (53,9)	1 (16,7)	4,3222	38 (84,4)	45 (93,7)	4 (50)	2,5433

Actitudes, n (%)								
Medianamente	15 (31,3)	22 (42,3)	0 (0)	0,092	7 (15,6)	13 (27,1)	2 (25)	0,394
Aceptable	33 (68,7)	30 (57,7)	6 (100)	3,6700	38 (84,4)	35 (72,9)	6 (75)	0,2111
Prácticas, n (%)								
Medianamente	8 (16,6)	9 (17,3)	1 (16,7)	0,993	4 (8,9)	6 (12,5)	0 (0)	0,524
Aceptable	40 (83,4)	43 (82,7)	5 (83,3)	5,4322	41 (91,1)	42 (87,5)	8 (100)	2,3331
General, n (%)								
Medianamente	15 (31,3)	16 (30,7)	2 (33,3)	0,992	4 (8,9)	5 (10,4)	1 (12,5)	0,939
Aceptable	33 (68,7)	36 (69,3)	4 (66,7)	4,6755	41 (91,1)	43 (89,6)	7 (87,5)	0,3222

*p< de 0,05 Significación estadística

Fuente: Encuestas.

Elaboración: Autora de la Investigación.

Al analizar las puntuaciones obtenidas por los médicos, teniendo en cuenta las áreas de trabajo no encontramos diferencias significativas en los conocimientos prácticos y actitudes ni a nivel general. Tras la capacitación observamos mejores puntuaciones tanto para conocimientos prácticos y actitudes, además en conocimientos quienes mejor puntuación presentaron fueron los profesionales que trabajan en el área de Pediatría / Neonatología con el 93,7% de profesionales con conocimiento aceptable, seguidos por el área de ginecología y finalmente consulta externa con el 84,4% y 50% respectivamente. Sin embargo, no existió diferencias significativas los otros parámetros ni grupos.

Tabla 5. Resultados de las encuesta a las madres de neonatos atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora en el mes de Noviembre 2018

	Encuesta a las madres			X ²	p
	Menores de 25 años	Mayores de 25 años	Total		
Educación de la madre					
Primaria	3 (20)	3 (30)	6 (24)	2,2321	0,328
Secundaria	9 (60)	3 (30)	12 (48)		
Superior	3 (20)	4 (40)	7 (28)		
Estado civil					
Casada	1 (6,67)	1 (10)	2 (8)	0,0906	0,763
Soltera y Unión Libre	14 (93,33)	9 (90)	23 (92)		
¿Se siente cómodo en el espacio físico en que recibió la información?					
No	-	3 (30)	3 (12)	5,1136	0,024*
Si	15 (100)	7 (70)	22 (88)		
¿Durante la información sobre las condiciones de su hijo o hija se le preguntó si usted tenía conocimiento previos de la enfermedad ?					
No	-	2 (20)	2 (8)	3,2609	0,071
Si	15 (100)	8 (80)	23 (92)		
¿La información recibida de la enfermedad de su hijo o hija se entendió?					
No	3 (20)	1 (10)	4 (16)	0,4464	0,504
Si	12 (80)	9 (90)	21 (84)		
¿Se entendió el tratamiento indicado?					
Si	15 (100)	10 (100)	25 (100)	-	-
¿Al recibir la información de su hijo o hija pudo expresar al médico sus emociones?					
No	7 (46,67)	1 (10)	8 (32)	3,7017	0,054*
Si	8 (53,33)	9 (90)	17 (68)		
¿El médico se preocupó sobre sus sentimientos en este momento?					
No	7 (46,67)	2 (20)	9 (36)	1,8519	0,174
Si	8 (53,33)	8 (80)	16 (64)		
¿Tiene sentimientos de ira, luego de recibir la noticia?					
Si	4 (26,67)	4 (40)	8 (32)	0,4902	0,484
No	11 (73,33)	6 (60)	17 (68)		
Siente que la información sobre la condición de su hijo/a ha sido clara					
Si	15 (100)	10 (100)	25 (100)	-	-
¿Siente que el médico le brindó apoyo en estos momentos?					
No	4 (26,67)	-	4 (16)	3,1746	0,075
Si	11 (73,33)	10 (100)	21 (84)		

p< de 0,05 Significación estadística

Fuente: Encuestas

Elaboración : Autora

Dentro de las encuestas realizadas a las madres que recibieron malas noticias su percepción fue adecuada en todas las preguntas con un promedio de aceptación de 84% siendo la más alta la información el tratamiento recibido como la información sobre la condición del paciente, mientras que la escala más baja fue la preocupación del personal sanitario la emoción de los familiares además no existieron diferencia entre las mujeres de menores o mayores de 25 años.

Discusión

Esta investigación utilizó las encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) realizadas en forma estructurada y definida , a los médicos del área Gineco Obstétrica del Hospital Isidro Ayora las cuales aportan a través de su modelo cuantitativo, datos cualitativos importantes para explorar el comportamiento de los participantes durante la comunicación de situaciones difíciles en el área perinatal, los cuales enfrentan diversidad de complejas emociones en la relación médico- paciente poco exploradas en la literatura actual. Se aplicó 32 preguntas en entrevistas personales con grupos focales . La validez de la encuesta fue realizada con el empleo los Criterios COREQ⁶ cumpliendo los 32 ítems en dominios de constructo. El modelo de encuesta CAP actualmente es ampliamente empleado, sin embargo no sido aplicada hasta el momento en la comunicación de malas noticias en el área perinatal no existiendo bibliografía al respecto. Inicialmente se realiza una prueba piloto con 15 participantes aplicando el Alpha de Cronbach con un valor de 0,7 (0,7 a 0,8) con preguntas de la escala de Likert , indicando al confiabilidad de la misma. La encuesta se divide en 17 preguntas de conocimientos ,8 preguntas de actitudes y 7 de prácticas, las cuales se aplicaron en dos momentos , con una capacitación intermedia en donde se pretendió mejorar los conocimientos de los participantes médicos especialistas Gineco-Obstétricos 31 (29,5%), especialistas Neonatólogos y Pediatras 24 (22,64%) y no especialistas médicos en

formación docente de las dos áreas anteriores 51(48,11%) , un total de 106 participantes de 120 convocados voluntariamente (10% de la muestra no participó).

En la primera tabla se evidencia que 66 participantes (62,62%) tiene una experiencia de menos de 5 años, con una diferencia significativa entre sexo femenino 49 (72,06%)y masculino 17 (44,74%) $P 0,02$. Los datos de la investigación revelaron que según la categorización de la primera encuesta todos los médicos tuvieron un puntaje medianamente aceptable 33 (31,13%) y 73 (68,67%) aceptable sin diferencias significativas entre hombre y mujeres , tanto en conocimientos, actitudes y prácticas. Se evidencia que el personal de Neonatología en Actitudes y Prácticas tiene mayores porcentajes de 69(65,09%) y 88(83,02%) en relación con Gineco- Obstetras y médicos residentes en formación sin diferencias significativas entre hombre y mujeres.

Al analizar la encuestas se evidenció que los médicos participantes informan diariamente 14,1%, Varias veces por semana 22,3%, una vez por semana 17,9% casi un nunca 39,6% y nunca 4% , existiendo una pequeña variación en la segunda encuestas con aumento de la información varias veces por semana a 33% posiblemente por mejorar su conocimiento del tema.

Se realizó el análisis de la tercera tabla en donde si existe diferencias significativas entre los especialistas de Neonatología /Pediatría y Gineco Obstetricia,, con un puntaje mayor en actitud para al área Neonatal $P 0,003$, llama la atención que los residentes en formación tienen el mayor puntaje en prácticas con una significancia de $P 0,05$ determinando que se enfrentan frecuentemente ante este tipo de comunicaciones en forma aceptable. En un estudio de residentes de perinatología del 2018 en donde se capacitó con simulaciones sobre la comunicación de malas noticias no se detecto mejoras al aplicar SPIKES, la retroalimentación

y capacitación permanente fue útil. Se necesita más investigación para determinar la modalidad más efectiva.¹⁴

Posteriormente se realizó la capacitación de los médicos participantes en grupos focales en varias conferencias con videos explicativos y participativos sobre protocolo de Buckman (SPIKES – EPICEE), y planificación del entorno, discusión del duelo anticipado, manejo empático de la información y seguimiento adecuado ante los mecanismos de defensa de la madre. Los participantes se familiarizaron con el tema con mucho interés como demuestra la segunda encuesta en la cual los conocimientos, actitudes y prácticas son aceptables en 80 a 95% en los grupos de especialistas y residentes en formación sin existir diferencias significativas.

Al analizar la tabla 4 en donde se relacionan las 3 áreas de Trabajo Gineco- Obstétrica que abarca emergencia, sala de partos, centro quirúrgico, patología obstétrica, cuidados intensivos maternos. El área Neonatal comprende cuidado intensivo neonatal, cuidados neonatales intermedios, sala de partos y alojamiento conjunto. El área de consulta externa abarca Consulta madres con patologías de riesgo y seguimiento de lactante de riesgo en el primer año de vida. Se detecta un conocimiento aceptable del área de Neonatología /Pediatría con un porcentaje de 93,7% , con diferencia significativa entre con las otras dos áreas $P 0,04$.

En la quinta tabla se valora la encuesta a las madres de los neonatos hospitalizados en cuidados intensivos durante el mes de Noviembre del 2018, encontrando que de las 25 entrevistadas 6(24%) tuvieron instrucción primaria, 12(48%) instrucción secundaria, y 7(28%) instrucción superior indicando que el grado de educación media de las participantes es adecuado no existe diferencias significativas entre los dos grupos madres mayores de 25 años y menores. En cuanto al estado civil predomina el estado civil soltera en un 23(92%),

en comparación con casada, lo que puede contribuir a un estado emocional más vulnerable. Las madres menores de 25 años en un 100%(15) se sienten cómodas en el entorno con una diferencia significativa de $P 0.024$ en relación a las mayores de 25 años quienes respondieron en un 12% sentirse incómodas con el entorno .El 100% de las madres entendieron el tratamiento indicado para su neonato, solo 17 participantes (68%) menores de 25 años pudo expresar sus sentimientos al momento de recibir la información con una diferencia significativa de $P 0,054$ entre las mayores de 25 años. El 36% de las entrevistadas sintió que el médico no se preocupó de sus sentimientos y 32% sintió sentimientos de ira posiblemente no explorados. Esto significa que el manejo de la empatía médica al enfrentar situaciones difíciles es lo más complejo en el área médica y la que tiene que recibir que enfrentada desde el pregrado como la esencia fundamental de la relación médico paciente .

Conclusiones

La información de la verdad en situaciones difíciles es un reto para los médicos de las especialidades médicas Gineco Obstétricas y Neonatales, al realizar la encuesta CAP se evidencia actitudes, conocimientos y prácticas aceptables de los médicos. El mayor trabajo hospitalario lo realizan los médicos < de 5 años. El área neonatal tienen mayor actitud, sin embargo al realizar la encuesta a las madres se evidencia todavía requerimientos de mayor empatía en los médicos por lo cual se recomienda mayor capacitaciones e investigación. La principal limitación del estudio es la falta de estudios previos, sin embargo se puede determinar que requiere más profundización en protocolos de malas noticias e investigaciones.

REFERENCIAS

Referencias

1. Luz R, George A, Spitz E, Vieux R. Breaking bad news in prenatal medicine: a literature review. *J Reprod Infant Psychol.* febrero de 2017;35(1):14-31.
2. R Mirón González, Comunicación de malas noticias: perspectiva enfermera. Breaking bad news: nursing perspective. Universidad de Almería. *Rev Esp Com Sal.* 2010;1(1): 39-49.
3. Koch CL, Rosa AB, Bedin SC, Rosa AB, Bedin SC. Bad news: meanings attributed in neonatal/pediatric care practices. *Revista Bioética . Santa Cruz -Brasil, Diciembre 2017;25(3):577-84.*
4. Herrera A, Ríos M, Manríquez JM, Rojas G. Entrega de malas noticias en la práctica clínica. *Rev Médica Chile.* octubre de 2014;142(10):1306-15.
5. Luz B AsCuñán R. Comunicación de malas noticias en salud, Departamento de Bioética y Humanidades médicas. Facultad de medicina. universidad de Chile *Revista Médica Clínica. Condes - 2013; 24(4) 685-693.*
6. Allison Tong Peter Sainsbury Jonathan Craig Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups | *International Journal for Quality in Health Care | Oxford Academic International Journal for Quality in Health Care, 2007 Dic 1, 19 (6): 349–357.*
7. Irene M. Carreras .Como el médico puede abordar la muerte Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez Unidad II –Cuidados Intensivos Neonatales , Jornadas Nacionales de Perinatología. Buenos Aires , 2010 Sep 30.

8. Bascuñán R. ML. Comunicación de “malas noticias” en salud. Rev Médica Clínica Las Condes. 2013 julio;24(4):685-93.
9. Andrea Artús, Verónica Beux, Sandra Pérez, Comunicación de malas noticias. Revista Biomedicina Medicina Familiar y Comunitaria .BIOMEDICINA, 2012, 7 (1) : 28 - 33
10. Arroba ML, Serrano R. Malas noticias en pediatría. Anales Pediatría Continuada. 2007 nov 1 ;5(6):378-82.
11. 11.O’Connell O, Meaney S, O’Donoghue K. Caring for parents at the time of stillbirth: How can we do better? Women Birth J Aust Coll Midwives. 2016 Agos;29(4):345-9
12. 12. F. García Díaz. Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud, Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital General de la Defensa San Carlos. San Fernando. Cádiz. España Med. Intensiva 2006 Dic; 30 (9) :32-45
13. Cramer, Phebe . Estudios Empíricos sobre Mecanismos de Defensa, Subjetividad y Procesos Cognitivos. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales Buenos Aires, Argentina. 2013 Ene;17(1) :97-117.
14. Setubal MSV, Antonio MÂRGM, Amaral EM, Boulet J. Improving Perinatology Residents’ Skills in Breaking Bad News: A Randomized Intervention Study. Rev Bras Ginecol E Obstet Rev Fed Bras Soc Ginecol E Obstet. marzo de 2018;40(3):137-46.
15. Kim L¹, Hernandez BC², Lavery A³, Denmark TK⁴ ,Stimulating reflective practice using collaborative reflective training in breaking bad news simulations. Fam Syst Health. 2016 Jun;34(2):83-91.

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A. Encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas realizada a los participantes para evaluar comunicación de malas noticias.....	50
Anexo B Categorización de las encuestas según puntaje.....	57
Anexo C Validez de encuesta a través de COREQ	58
Anexo D Encuesta a los madres de los neonatos hospitalizados en unidad de cuidados intensivos neonatales en el mes de noviembre del 2018.....	64
Anexo E Consentimiento Informado a Médicos entrevistados.....	66
Anexo F Consentimiento Informado a Madres de Neonatos hospitalizados en Cuidados Intensivos Neonatales.....	68
Anexo G Fundamentos Científicos para la Capacitación a los médicos encuestados sobre comunicación de malas noticias.....	70

ANEXO A

Encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas realizada a los participantes para evaluar comunicación de malas noticias.

Bloque 1.

Fecha Nacimiento:

Dia	Mes	Año
-----	-----	-----

Sexo :

Masculino Femenino Años de trabajo en hospital

EDAD

Especialidad			
	Gineco-obstetra tratante	<input type="checkbox"/>	Neonatólogo
	Médico residente de postgrado Gineco-obstetra	<input type="checkbox"/>	Médico residente de postgrado de Neonatología
	Tratante de Pediatría	<input type="checkbox"/>	Médico Residente de Pediatría
	Intensivista	<input type="checkbox"/>	Otro
			<input type="checkbox"/>

Área de trabajo	Centro Obstétrico	<input type="checkbox"/>	Centro Quirúrgico	<input type="checkbox"/>
	Consulta externa	<input type="checkbox"/>	Neonatología	<input type="checkbox"/>
	Patología Obstétrica	<input type="checkbox"/>	UCIN Materna	<input type="checkbox"/>

Bloque 2. Conocimientos :

Las siguientes son preguntas acerca de sus conocimientos sobre la información de malas noticias. (una sola respuesta)

<p>1.- De los siguientes profesionales: ¿Conoce Usted quien debe dar una mala noticia al paciente en nuestro país?</p> <p>a) Médico</p> <p>b) Enfermera</p> <p>c) Auxiliar de Enfermería</p> <p>d) Todos pueden informar</p> <p>e) Personal administrativo</p>

Conteste las siguientes preguntas con Si o NO (Si no está Seguro conteste con tranquilidad **NO ESTOY SEGURO**)

2.- ¿ Conoce Usted el Proceso de Buckman para dar Malas noticias ?	i	o	No estoy seguro/a
3.- ¿ Considera que es importante averiguar cuanto sabe de su enfermedad la paciente o su representante (madre)	i	o	No estoy seguro/a
4.- Cuando da malas noticias establece un lugar físico adecuado y tranquilo para hablar con el paciente o su representante (madre)	i	o	No estoy seguro/a

5.- Conoce Usted el significado de empatía : Responda con una sola respuesta

- a) Brindar amistad a los demás
- b) Valorar las actitudes propias y ajenas
- c) Sentir respeto por otros
- d) Ponerse en el zapato del otro
- e) Sentirse mal al acompañar al otro

Las siguientes preguntas están en relación a capacitaciones y experiencias anteriores a Malas noticias. Conteste las siguientes preguntas con Si o NO (Si no está Seguro conteste con tranquilidad NO ESTOY SEGURO)

6.- ¿Conoce Usted si existe capacitaciones sobre malas noticias ?	i	o	No estoy seguro/a
7.- ¿ Le parece importante recibir capacitación sobre malas noticias ?	i	o	No estoy seguro/a
8.- ¿Al dar una mala noticia conoce Usted como proceder ante la negación del paciente?	i	o	No estoy seguro/a
9.- ¿Conoce Usted el término duelo anticipado ?	i	o	No estoy seguro/a

Responda las siguientes preguntas con Verdadero o falso (si no está seguro responda tranquilamente NO ESTOY SEGURO /A)

Al comunicar una mala noticia, usted considera que además de la comunicación verbal se debe :

Verbal		No
--------	--	----

	verdadero	o falso	estoy seguro/a
10.-Hacer partícipe al paciente o representante (madre) de la toma de decisiones			
11.-Dar esperanza			
12.-Hacer partícipe de la información a otros miembros de la familia			
13.-Decir parte de la información para no causar daño			

Cuáles son las barreras que Usted considera que se presentan al dar una mala noticia

	Muy Frecue	Poco frecuente	Nunca
14.-El médico siente ansiedad, miedo.			
15.-No se encuentra preparado para dar la mala noticia			
16.-No dispone del espacio y el tiempo necesario			

Bloque 3 Actitudes			
Todas las personas hemos recibido malas noticias en alguna ocasión en nuestra vida .			
17.- La actitud puede ser determinante para			No estoy

superar las malas noticias con confianza en uno mismo y mucha seguridad	i	o	seguro/a
18.- Sentirse culpable es adecuado para darnos cuenta de la situación	i	o	No estoy seguro/a
19.- Asumir las mala noticias en solitario nos ayuda a mantenernos en calma	i	o	No estoy seguro/a
20.- Pensar en el lado positivo de lo que ha pasado ayuda . Seguro que encuentras alguna razón por la que puedes pensar en positivo en medio de la decepción	i	o	No estoy seguro/a

21.- Al dar malas noticias Usted se siente. (Responda con una sola respuesta)

- a) Muy preparado
- b) Preparado
- c) No preparado

22.- ¿Que actitud tomaría Usted si el paciente rechaza su información?.

(Una sola respuesta)

- a) Respeta la posición del paciente y realiza seguimiento
- b) Se enoja
- c) Llama a otro profesional para que le informe
- d) Solicita ayuda psicológica
- e) Llama a otros familiares

Responda las siguientes preguntas :

	N o , nada	Un poco	Basta n nte	Si, mucho
23.- Cuando tengo desacuerdos o peleas trato de ponerme en el lugar del otro				
24.- Te es muy fácil leer o interpretar sentimientos de amigos cuando éste trata de ocultar sus problemas				
25.- Recibes con buen ánimo las críticas constructivas?				

Bloque 4. Prácticas

26- ¿Con qué frecuencia tiene que dar malas noticias ?

- a) Diariamente
- b) Varias veces por semana
- c) Una vez a la semana
- d) Casi nunca
- e) Nunca

Responda con Si o No . Si no esta seguro responda tranquilamente No Estoy

Seguro

Cuando se encuentra dando malas noticias

27- ¿ Al dar una mala noticia Usted se ha enfrentado situaciones penales o punitivas ?	i	o	No estoy seguro/a
28.-¿Al dar una mala noticia Usted considera que se puede enfrentar a situaciones de violencia?	i	o	No estoy seguro/a
29.- Detecta cuanto quiere saber el paciente	i	o	No estoy seguro/a
30.- Reconoce lo que siente el paciente	i	o	No estoy seguro/a
31.- Planifica y sigue el proceso de información	i	o	No estoy seguro/a

Tiene una madre de 23 años, a la cual tanto obstetra y el pediatra le informa sobre la finalización del embarazo de 28 semanas en forma emergente por

preeclampsia severa, Usted :

32.- Evita decir que se puede morir el recién nacido	i	o	No estoy seguro/a
--	---	---	-------------------

Gracias por su participación

Elaboración :Autora.

Anexo B

Categorización de las encuestas según puntaje

Aceptable	Mayor de 35 puntos
Medianamente aceptable	Entre 25 a 34 puntos
No aceptable	Menor de 24 puntos

Escala de Stugart.

Anexo C

Validez de encuesta a través de COREQ

Dominio 1 : Equipo de investigación y reflexividad		
Características personales		
1.- Entrevistador / facilitador	¿Quién realizó la entrevista o grupo focal?	Autora Verónica Oliva
2.-Cartas credenciales	¿Cuáles eran las credenciales del investigador?	Estudiante de Posgrado de Neonatología
3. Ocupación	¿Cuál era su ocupación en el momento del estudio?	Estudiante en formación
4. Género	¿Fue el investigador hombre o mujer?	Mujer
5. Experiencia y entrenamiento	¿Qué experiencia o formación tuvo el investigador?	Médico Especialista Pediatría del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora
Relación con los participantes.		
6. Relación establecida	¿Se estableció una relación antes del comienzo del estudio ?	Si, se realiza reuniones previas con la Coordinadora de Calidad del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora y los lideres del Servicio de Gineco Obstetricia y Neonatología.Es estas reuniones se vio la importancia del tema en discusión.

7.- Conocimiento de participante al entrevistador	¿Qué sabían los participantes del investigador ?	Antes de cada entrevista se realizó una charla explicativa sobre el objetivo de la encuesta : Conocer lo que se sabe de comunicación difícil en área perinatal . Se explica las razones de investigación: Aplicar un mejor sistema de comunicación entre médico y paciente al comunicar malas noticias.
8.- Características del Investigador	¿Que características se informaron sobre el entrevistador ?	Se informaron las razones de investigador , la realización de tesis de Posgrado

Dominio 2 : Diseño del Estudio

Marco Teórico

9. Orientación metodológica y teórica	¿Qué orientación metodológica se estableció para sustentar el estudio? Por ejemplo, teoría fundamentada, análisis del discurso, etnografía, fenomenología, análisis de contenido	Se basa en encuestas CAP de conocimientos, Actitudes y prácticas, estudio cuantitativo de encuestas dirigidas estructuradas
---------------------------------------	--	---

Selección de participantes

10. Muestreo	¿Cómo fueron seleccionados los participantes? Por ejemplo, propósito, conveniencia, consecutivo, bola de nieve.	Se eligió todo el personal médico Gineco Obstetra , Pediatra y Neonatólogos de la institución así como los médicos en formación que se encuentran en estas áreas
11. Método de	¿Cómo se abordaron los	Se abordaron en grupos

acercamiento	participantes? e .g. Cara a cara, teléfono, correo, correo electrónico	focales cara a cara
12. Tamaño de la muestra	¿Cuántos participantes había en el estudio?	Un total de 120 participantes son los médicos que trabajan en la institución en las áreas de Gineco Obstetricia y Neonatología
13. No participación	¿Cuántas personas se negaron a participar o abandonaron? ¿Razones?	No participaron 14 personas. Las principales razones fueron no poder asistir a la encuesta por trabajo en la institución y otra razón la falta de interés en el tema.
Ajuste		
14. Ajuste de la recopilación de datos	¿Dónde se recogieron los datos? e .g. hogar, clínica, lugar de trabajo	Los datos fueron recogidos en el lugar de trabajo
15. Presencia de no participantes.	¿Hubo alguien más presente además de los participantes e investigadores?	Los líderes de Servicio y personal de talento humano
16. Descripción de la muestra	¿Cuáles son las características importantes de la muestra?	Muestra propositiva no probabilística, datos sociodemográficos de los médicos y datos específicos de conocimientos actitudes y practicas del tema de estudio
Recopilación de datos		

17. Guía de entrevista	¿Fueron las preguntas, indicaciones, guías proporcionadas por los autores? ¿Fue piloto probado?	Se realizó una prueba piloto con 15 personas para vigilar la validez y estructura de la encuesta
18. Repetir entrevistas	¿Se realizaron repetidas entrevistas? Si es así, ¿cuántas?	Se repitió la encuesta por dos ocasiones con el lapso establecido para determinar el impacto de los entrevistados luego de la capacitación.
19. Grabación audio / visual	¿La investigación utilizó grabación de audio o visual para recopilar los datos?	Se utilizó audiovisuales durante las charlas de capacitación. Con videos y audios explicativos de casos ficticios de estudio de comunicación de malas noticias en el área perinatal
20. Notas de campo	¿Se hicieron notas de campo durante y / o después de la entrevista o grupo focal?	Si se realizaron
21. Duración	¿Cuál fue la duración de las entrevistas o grupo focal?	La duración de la encuesta para cada grupo fue de 30 a 40 minutos
22. Saturación de datos	¿Se discutió la saturación de datos?	No se implementó la saturación de datos ya que la muestra es no probabilística
23. Transcripciones devueltas	¿Se devolvieron las transcripciones a los participantes para su comentario y / o corrección?	Se pidió a los participantes que revisen las respuestas de la encuesta el tiempo necesario
Dominio 3 : Análisis y hallazgos		

24. Número de codificadores de datos	¿Cuántos codificadores de datos codificaron los datos?	Se codifico los datos en forma numérica simple
25. Descripción del árbol de codificación	¿Los autores proporcionaron una descripción del árbol de codificación?	Al ser una encuesta cuantitativa ,. No se realiza árbol de codificación
26. Derivación de temas	¿Se identificaron los temas de antemano o se derivaron de los datos?	Los temas fueron identificados antes en las áreas de Conocimientos, actitudes y prácticas
27. Software	¿Qué software, si corresponde, se utilizó para administrar los datos?	La base de datos se guardo en Excel y en SPSS 21 para la codificación y análisis estadístico.
28. Participante	¿Los participantes proporcionaron retroalimentación sobre los hallazgos?	Los participantes realizaron retroalimentación durante la capacitación recibida sobre el tema

Informes

29. Citas presentadas	¿Se presentaron citas de los participantes para ilustrar los temas / hallazgos? ¿Se identificó cada cita? e .g. numero de participantes	No hubieron citas de los participantes.
30. Datos y hallazgos consistentes	¿Hubo consistencia entre los datos presentados y los hallazgos?	Al realizar los análisis estadístico se detectó diferencias significativas
31. Claridad de los principales temas	¿Fueron los temas principales claramente presentados	Si, se destacó que los participantes del área de

	en los hallazgos?	Neonatología presentaron una diferencia significativa de 0,03 <i>P</i> en mejor actitud y empatía .En cuanto a prácticas los médicos en formación presentaron una <i>P</i> de 0,011 detectandose destrezas en prácticas de comunicación. Luego de la capacitación no hubo diferencia significativas en los dos grupos, encontrándose en una categorización aceptable en cuanto a conocimientos, actitudes y practicas al dar malas noticias.
32. Claridad de temas menores.	¿Hay una descripción de diversos casos o discusión de temas menores?	Durante el evento de capacitación para la encuesta se discutió temas menores de disciplina en el momento de quien es el encargado comunicar la mala noticia en las áreas Gineco Obstétricas

Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist

for interviews and focus groups . International Journal for Quality in Health Care 2007

Anexo D

Encuesta dirigida para la madre o representante de neonato crítico en cuidados intensivos neonatales en el mes de Noviembre 2018

Bloque 1. Datos de filiación	
Sexo : 1 M <input type="checkbox"/> culino 2 Femen <input type="checkbox"/> no	
Edad : _____ años cumplidos	
Parentesco	Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro Especifique _____
Nivel de educación	Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> superior <input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/>
Estado Civil	Casado <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
<p>1.-¿Desea responder unas preguntas sobre la información que recibe sobre su hijo o hija?</p> <p>1.- Si <input type="checkbox"/> 2.- No <input type="checkbox"/></p> <p>2.- Se siente cómodo en el espacio físico en que recibió la información hoy ?</p> <p>1.- Si <input type="checkbox"/> 2.- No <input type="checkbox"/></p> <p>3.-¿Durante la información sobre las condiciones de su hijo o hija se le preguntó si usted tenía conocimiento previos de la enfermedad ?</p> <p>1.- Si <input type="checkbox"/> 2.- No <input type="checkbox"/></p> <p>4.-La información recibida de la enfermedad de su hijo o hija se entendió</p> <p>1.- Si <input type="checkbox"/> 2.- No <input type="checkbox"/></p> <p>5.-Se entendió el tratamiento indicado por el profesional de salud que le</p>	

informó sobre la condición de su Hijo o hija ?

1.- Si 2.- No

6.-Al recibir la información de su hijo o hija pudo expresar al médico sus emociones

1.- Si 2.- No

7.-El médico se preocupó sobre sus sentimientos en este momento

1.- Si 2.- No 3.- No sabe/ No conoce

8.- Tiene sentimientos de ira, luego de recibir la noticia

1.- Si 2.- No 3.- No sabe/ No conoce

9.- Siente que la información sobre la condición de su hijo o hija a sido clara

1.- Si 2.- No 3.- No sabe/ No conoce

10.- Siente que el médico le brindó apoyo en estos momentos

1.- Si 2.- No 3.- No sabe/ No conoce

ANEXO E

Consentimiento Informado a los médicos encuestados

Consentimiento Informado para Médicos

Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no.

Usted ha sido invitado a participar en un investigación sobre Conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos de la Maternidad Isidro Ayora del servicio de Neonatología y Obstetricia en relación a la comunicación de malas noticias a las madres de recién nacidos en condiciones críticas porque Usted a sido elegido por ser parte el equipo de médicos tratantes de Pediatría y de Gineco- Obstetricia, residentes de Postgrado de Pediatría , Neonatología y Gineco- Obstetricia, residentes asistenciales asignados al área de Neonatología quienes están encargados de dar información a las madres sobre la salud y condiciones de recién nacido.

El propósito de este estudio es implementar un sistema comunicativo, eficiente para el abordaje de la información de situaciones difíciles en las áreas obstétricas y neonatales de los médicos del Hospital Gineco- Obstétrico Isidro Ayora para lo cual se desea realizar una encuesta inicial para evaluar en forma voluntaria sus conocimientos, actitudes y prácticas sobre la información de malas noticias a las madres con embarazos de riesgo que requieran información sobre su salud y la de su recién nacido.

En una segunda etapa se realizará una capacitación dirigida a Usted sobre protocolos y técnicas que nos permiten abordar en forma eficaz y responsable como dar malas noticias.

Finalmente se realizará una segunda encuesta informativa para evaluar si la información ha sido comprendida por Usted.

La encuesta tendrá una duración de 30 minutos aproximadamente. Luego de ella en semanas siguientes se realizará una capacitación con talleres y folletos sobre técnicas eficaces probadas sobre cómo informar en situaciones difíciles y el reconocimiento de las respuestas psicológicas y sociales de los pacientes ante el mismo. Finalmente se evaluará en forma anónima después de 1 meses la aplicación de los conocimientos impartidos con una nueva encuesta.

Riesgos y beneficios . La aplicación de esta encuesta incluye un riesgo emocional

ya que el participante puede sentirse intimidado al responder abiertamente sobre temas de su práctica profesional y comunicación médico - paciente. Para minimizar el riesgo se explicara a los participantes que la evaluación es anónima y voluntaria.

Los participantes no obtendrán beneficios económicos ; pero su participación les brindará una capacitación en protocolos de relación médico - paciente en malas noticias , lo cual favorecerá su ejercicio diario en la actividad médica.

Confidencialidad de los datos

Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador tendrán acceso.

2) Sus nombres no será mencionado en los reportes o publicaciones.

3) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

Derechos y opciones del participante

Usted, puede decidir no participar, en este caso solo debe informarle a la Dra. Verónica Oliva o a la persona que le explica este documento.

Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0998528931 que pertenece a Verónica Oliva Velasco, o envíe un correo electrónico a veroolivavel@hotmail.com

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. William F. Waters, Presidente del Comité de Bioética de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Firma del participante

Fecha

Firma del testigo (si aplica)

Fecha

Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado

Firma del investigador

Fecha

Anexo F

Consentimiento informado a las madres o representante legal del Neonato

Usted, madre del neonato hospitalizado en el Área de Cuidados Neonatales de esta institución ha sido invitado a participar en esta encuesta sobre la información que ha recibido sobre su neonato

Propósito del estudio es conocer los conocimientos, actitudes y prácticas del personal médico de la maternidad Isidro Ayora sobre cómo da malas noticias a las madres embarazadas con patologías de riesgo y madres de neonatos hospitalizados en el área neonatal. En forma integral se desea explorar este ámbito tan útil y frecuente en la práctica médica diaria.

La encuesta tendrá una duración de 10 minutos aproximadamente en donde Usted contestará preguntas acerca de la información recibida por el profesional, su entendimiento de la patología y sus sentimientos al momento

Riesgos y beneficios

Al ser una encuesta no se evidencian riesgos psicológicos, emocionales, ni físicos.

Confidencialidad de los datos

Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador

tendrán acceso.

2) Sus nombres no será mencionado en los reportes o publicaciones.

4) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

Derechos y opciones del participante

Usted, puede decidir no participar, en este caso solo debe informarle a la Dra. Verónica Oliva o a la persona que le explica este documento.

Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0998528931 que pertenece a Verónica Oliva Velasco, o envíe un correo electrónico a veroolivavel@hotmail.com Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. William F. Waters, Presidente del Comité de Bioética de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec

Firma del participante

Fecha

Firma del testigo (si aplica)

Fecha

Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado

Firma del investigador

Fecha

Anexo G

Fundamentos Científicos para la capacitación de Malas Noticias al personal encuestado

6.1 Porque es tan difícil dar malas noticias en el área perinatal ?

a) Existe temor en el médico por la reacción emocional ante la mala noticia ejemplos: “ decirle a un padre o una madre que el niño murió, es la peor noticia que puede existir” . “La mala noticia se asocia o un empeoramiento del cuadro clínico”.

b) No tenemos protocolos para comunicar que su hijo falleció o que va a nacer con complicaciones

c) Tratamos de minimizar los sentimientos calificándoles de normales

d) Para los médicos es un poco frustrante, porque hay que lidiar con esa parte de nuestra profesión, que no vamos a alcanzar el objetivo, no vas a conseguir devolver al niño a su familia

Koch CL, Rosa AB, Bedin SC. Más noticias: significados atribuidos na práctica asistencial neonatal/pediátrica. Rev Bioét. diciembre de 2017;25(3):577-84

Frases útiles al dar una mala noticia de muerte del recién nacido

Frases sugeridas para utilizar	Frases para evitar en el proceso de duelo
“Siento mucho lo que “ le ha pasado	“Sé fuerte”
“Me imagino cuánto querían a su recién nacido”	No llores
“Si desea llorar , adelante ”	“Es la voluntad de Dios, ya es un angelito”

“Respeto sus sentimientos”	“No es el fin del mundo”
“Pueden expresar lo que siente “	“Deben ser fuertes y sobreponerse por los hijos o resto de la familia
Quiero acompañarlos en este momento”	“El tiempo cura todo”
“¿Qué necesitan en este momento?”	Ya tendrán más hijos son muy jóvenes y sanos
“¿Quieren que me comunique “con algún amigo o familiar	Seguro que olvidarás este mal momento”
“Estamos con ustedes / o con usted “	“Todo pasa “
“Comprendemos su situación en este momento”	“Fue lo mejor para el recién nacido “

Irene M. Carreras .Como el médico puede abordar la muerte Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez Unidad II –Cuidados Intensivos Neonatales , Jornadas Nacionales de Perinatología. Buenos Aires , 30 Sep.2010

Actividades del personal ante el inminente fallecimiento del Neonato

<p>Usar el nombre del bebé cuándo nos referimos a él.</p> <p>Usar tarjeta identificatoria con los datos del neonato (fecha de nacimiento, hora y peso), y los maternos-paternos (nombre y números de teléfonos), en la unidad del paciente.</p> <p>Facilitar el contacto con los padres siempre que sea posible.</p> <p>Identificar características propias del recién nacido y compartirlas con los padres.</p> <p>Permitir personalizar la incubadora/sitio del bebé con un juguete lavable Brindarles a los padres la posibilidad de sacarse fotos con su hijo, si lo desean.</p> <p>Favorecer las visitas de la familia (que se incluya una visita semanal de abuelos y hermanos en la UCIN) y los horarios flexibles.</p>
--

Irene M. Carreras .Como el médico puede abordar la muerte Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez Unidad II –Cuidados Intensivos Neonatales , Jornadas Nacionales de Perinatología. Buenos Aires , 30 Sep.2010