



BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

Cómo citar este documento

Martínez Campanario, Elena; Lobato Miranda, Carmen Lucía; Rodríguez González, Claudia. Comunicación de malas noticias: ¿disminuyen o se modifican los temores que presentan los enfermeros y enfermeras tras un curso–taller formativo?. Biblioteca Lascasas, 2016; 12(3). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0913.php>

COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS: ¿DISMINUYEN O SE MODIFICAN LOS TEMORES QUE PRESENTAN LOS ENFERMEROS Y ENFERMERAS TRAS UN CURSO – TALLER FORMATIVO?

COMMUNICATION OF BAD NEWS:
REDUCE OR MODIFY THE FEARS PRESENTED BY NURSES FOLLOWING
A COURSE – TRAINING?

Autores: Elena Martínez Campanario¹, Carmen Lucía Lobato Miranda¹,
Claudia Rodríguez González¹.

1. Graduada en Enfermería. Enfermera Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla (España).

Correo electrónico: elenisa85@hotmail.com

RESUMEN

Introducción: Enfermería ha ganado importancia en la comunicación de malas noticias debido a su gran conocimiento sobre el paciente. Las enfermeras y enfermeros actualmente, están más dispuestos a compartir el diagnóstico con sus pacientes, pero suelen adolecer de una formación específica al respecto, careciendo también de habilidades de comunicación adecuadas. Ello unido a los temores que pueden presentar, dificulta el proceso de comunicación profesional-paciente.

Objetivos: Conocer si disminuyen o se modifican los miedos que presentan los enfermeros y enfermeras para la comunicación de malas noticias, tras realizar el curso-taller "Aprendiendo a Comunicar Malas Noticias".

Metodología: Es un estudio cuasi experimental, que abordaremos con metodología cuantitativa.

Conclusiones: creemos que es importante una formación más específica y amplia en la comunicación de malas noticias, durante la formación de los estudiantes y las estudiantes de enfermería y durante el desarrollo profesional. Por ello esperamos que sea de ayuda el curso-taller y los resultados sean positivos.

Palabras clave: comunicación, malas noticias, enfermería.

ABSTRACT

Introduction: Nursing has gained importance in communicating bad news because of his great knowledge of the patient. The nurses now are more willing to share the diagnosis with their patients, but often suffer from specific training in this regard, also lack adequate communication skills. This coupled with the fears that may present a barrier to the professional-patient communication.

Objectives: To determine whether reduced or modified fears posed by nurses to communicate bad news, after conducting the training workshop "Learning to Communicate Bad News".

Methods: A quasi-experimental study, we will deal with quantitative methodology.

Conclusions: We believe it is important to more specific training and wide in communicating bad news, for the training of students and nursing students and for professional development. So we expect to be of assistance the training workshop and the results are positive.

Keywords: communication, bad news, nursing.

1.- INTRODUCCIÓN

El aprendizaje de habilidades generales de comunicación, tales como la escucha terapéutica, ha sido común en la educación de enfermería. Aprender herramientas de comunicación específicas, tales como malas noticias (CMN), ha sido la norma para la educación médica (1). Sin embargo Enfermería ha ganado importancia en la CMN debido a su gran conocimiento sobre el paciente, e incluso muchas veces se ve obligada a iniciar el proceso (2).

Pero, pese a que las enfermeras están más dispuestas a compartir el diagnóstico con sus pacientes y a lo frecuente que es transmitir malas noticias en la praxis, los profesionales suelen adolecer de una formación específica al respecto, careciendo también de habilidades de comunicación adecuadas. Las preocupaciones acerca de la reacción emocional de los pacientes y su manejo consiguiente, reduce la tendencia a revelar las malas noticias (2,3,4).

Por ello los profesionales de la salud deben adquirir necesariamente los medios, los conocimientos y la capacitación para comunicarse con los pacientes, para encontrar así, formas adecuadas para revelar las malas noticias (3, 5, 6).

Durante mis años de estudio me he encontrado, así como mis compañeras y compañeros, en situaciones en las que no estábamos capacitados para acompañar en la comunicación de malas noticias. Del mismo modo nos encontrábamos con profesionales de enfermería que eludían estas situaciones, o referían falta de formación.

En la bibliografía consultada detallan los miedos y temores de los profesionales y las profesionales de enfermería ante la CMN, por ello nos planteamos investigar en base a los miedos descritos en la bibliografía si las enfermeras y enfermeros de la planta de hospitalización de oncología del Hospital General Virgen del Rocío de Sevilla, sienten algún temor a la hora de comunicar malas noticias y de ser así, si éstos disminuyen a posteriori de un programa de formación sobre este tema concreto, el cual nos será de gran utilidad también al alumnado de Grado en Enfermería. Hemos decidido realizar la investigación en esta planta en concreto porque la comunicación de malas noticias es una habilidad de comunicación especialmente importante para las enfermeras de oncología (5).

En estudios anteriores realizados a estudiantes sobre su confianza antes y después de una conferencia y simulación dedujeron que la confianza aumentaba significativamente en lo inmediato y 4 meses después de la simulación de laboratorio. También había aumentado la capacidad general para comunicarse. Se calificó la experiencia altamente beneficiosa.

Del mismo modo, y más concretamente estudiantes de enfermería de Japón mostraban mayor confianza después de formación sobre CMN, que antes de haberla recibido, además, consideran beneficioso este hecho (7).

Estos resultados nos dan confianza y alientan para llevar a cabo la presente investigación.

2.- MARCO TEÓRICO

2.1.- Definiciones y conceptos teóricos más importantes

La comunicación puede definirse como el conjunto de los procesos físicos y psicológicos mediante los cuales se efectúa la operación de relacionar a una o varias personas (emisor/es con receptor/es), con el objetivo de alcanzar determinados objetivos (Anzieu, 1971). Si se analizan con detalle los diferentes elementos que intervienen en este intercambio, que es la comunicación, podemos distinguir los siguientes (Ongallo, 2000): los datos (elementos brutos de la información), la información (elaborada a partir de los datos, transmitida por el emisor al receptor y susceptible de generar cambios en el receptor por su significatividad) y la comunicación propiamente dicha (como sucesión de intercambios de información). (8)

Existen varios autores que definen malas noticias: Ptacek las define como “toda comunicación relacionada con el proceso de atención médica que conlleva la percepción de amenaza física o mental, y el riesgo de ver sobrepasadas las propias capacidades en función del estilo de vida establecido, existiendo objetiva o subjetivamente pocas posibilidades de afrontamiento negativos de reciente suceso”.

Autores como Almanza Muñoz han entendido la comunicación de malas noticias (CMN) desde el punto de vista de la adaptación y nos habla que “existe un vínculo entre recibir malas noticias y el despliegue de la capacidad de Coping”, el cual es “el enfrentamiento a una dificultad inusual en una situación en la cual el desarrollo de nuevas estrategias y la instrumentación de nuevas conductas es requerida”.

A la vez, esto está introducido dentro del marco comunicacional, que en las ciencias de la salud va más allá de la simple transmisión de información considerándose como “el arte y la técnica de informar, influir y motivar a públicos individuales, institucionales y colectivos sobre temas relacionados con la salud” (Healthy People, 2010) (2).

Otros autores creen que desde una práctica centrada en el paciente la categoría de mala noticia la debe otorgar quien la sufre (9).

Buckman denomina malas noticias «cualquier información capaz de alterar drásticamente la visión que tiene un paciente sobre su futuro», tanto al comunicar el diagnóstico de una enfermedad considerada mortal, como al informar del fracaso de la terapéutica curativa que se le administra (10).

Centrándonos en la definición de Buckman, existen varios factores que influyen ante la comunicación efectiva de una noticia de estas características.

En un artículo de Beatriz Villa sobre recomendaciones de cómo comunicar malas noticias (11), nos dice que los factores del profesional sanitario que influyen en el proceso de comunicación son los temores. Estos factores no han sido estudiados independientemente en ningún otro estudio de los analizados en esta investigación. El artículo en cuestión describe los temores que

experimentan los profesionales de enfermería ante las eventuales repercusiones que la comunicación de una mala noticia puede desencadenar en la relación profesional – paciente. Entendiendo por temor aquella respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro:

- Miedo de causar dolor: un documento tan antiguo como el juramento Hipocrático ya refleja la obligación ética de no producir o evitar todo dolor al paciente, esto está tan interiorizado que la idea de poder infligir dolor físico o moral resulta rechazable incluyendo, en determinadas ocasiones, actitudes evasivas respecto a la comunicación de diagnósticos adversos.
- Dolor empático: en nuestra práctica profesional solemos sentirnos incómodos frente al momento de comunicar una mala noticia y no advertimos que nuestra incomodidad es debido al estrés del paciente. Estamos experimentando la contraparte empatía de la experiencia del paciente.
- Miedo de ser culpado (culpar al mensajero): en general, las personas encuentran difícil afrontar las malas noticias cuando llegan y tienden a personalizarlas sobre otras personas (usualmente el mensajero) y descargar su ira y enojo con esa persona.
- Miedo a la falla terapéutica: durante los años de carrera los profesionales han sido enseñados para curar por ello la falla terapéutica se vive como un fracaso.
- Miedo legal (judicialización del problema): el aumento de las demandas en los últimos años es inobjetable. La judicialización del problema. Contribuye a generar en la sociedad el sentimiento de que todo ser humano tiene derecho a ser curado y que cualquier falla se debe a algún error (ya sea humana o del sistema) que debe tener castigo penal y civil.
- Miedo de decir “no sé”: Solemos creer que afirmar el no saber implica desvalorizarnos cuando lo que realmente hace es demostrar nuestra honestidad lo que aumenta la credibilidad.
- Miedo de la propia muerte: es difícil estimar cuál es el grado de miedo que un individuo tiene frente a su propia muerte. De todas maneras, la mayoría de los profesionales de la salud tienen algún grado de temor frente a la enfermedad y a la muerte y esto podría agravarse si el paciente se percibe como un similar al profesional mismo.

Se mencionan, además, otros factores que influyen en la comunicación de malas noticias. Como son factores del entorno (esperas inadecuadas, espacios inapropiados) y aspectos relacionados con el paciente y las características de la enfermedad. Y factores culturales, que muestran que existen diferentes actitudes en cuanto a comunicación de malas noticias se refiere. En España, hay una tendencia general a ocultar el pronóstico a un paciente con una enfermedad terminal, el cual se excluye de recibir información, debido a la visión patriarcal que domina el sur y este de Europa y China (3).

2.2.- Antecedentes y estado actual del conocimiento sobre el problema de investigación

Las primeras manifestaciones de comunicación de malas noticias aparecieron a finales de los años 70. Parece que a lo largo de los años y con

los avances de la medicina y el aumento de la esperanza de vida, la actitud de los profesionales para revelar el diagnóstico a los pacientes ha cambiado. Un estudio en 1993 (3), reveló que más médicos y enfermeras creían que los pacientes debían conocer la verdad y que comparado con el pasado están más dispuestos a compartir el diagnóstico con sus pacientes, con respecto a los pacientes, el 50 – 90% demanda información completa sobre su diagnóstico. Es un derecho legal y ético el que sean informados al respecto, y ocultar la información solo puede llevar al paciente a la desconfianza hacia los profesionales. En este mismo estudio se demostró que la mayoría de médicos y enfermeras, sobre todo los más mayores y con más experiencia, tienden a revelar el diagnóstico a los pacientes.

De los profesionales que participaron, el 40% de los médicos evaluó su habilidad para comunicar malas noticias como buena o muy buena y el 22% como mala o muy mala. Entre las enfermeras, el 42% evaluó su habilidad como media y el 36% como mala o muy mala. La mayoría de médicos y enfermeras necesitan ser mejor formados en dar malas noticias a los pacientes, ya que esta inexperiencia junto a los temores mencionados anteriormente, genera estrés emocional en los profesionales.

De todos ellos, sólo unos cuantos médicos habían practicado cómo comunicar malas noticias, la mayoría declara que no ha recibido formación específica durante su carrera profesional. Esto evidencia la falta de habilidades de comunicación adecuadas de los profesionales y sus preocupaciones sobre cómo controlar las reacciones emocionales de los pacientes, lo que les lleva a disminuir la comunicación de malas noticias. Por tanto, la capacitación de médicos y enfermeras para comunicar malas noticias parece ser necesario, ya que esta es una de sus dificultades (3).

Hablar de CMN es un hecho complejo que necesita un abordaje integral por parte del profesional que está implicado, ya que se abordan conductas humanas que no se caracterizan precisamente por su sencillez.

Por lo tanto, el profesional sanitario debe tener los conocimientos y entrenamiento necesarios para tal intervención. Una revisión bibliográfica publicada en 2010, que abarca literatura sobre CMN desde 1978 (2), nos muestra cómo la mayoría de publicaciones eran realizadas por médicos ante la frustración de una falta de preparación en dicho campo. De este modo, ya empezaba a surgir la creación de talleres a nivel de pregrado y posgrado, ya que se veía que esta habilidad no mejoraba con el paso del tiempo, sino que era necesario un conocimiento y entrenamiento. Además, cada vez había más pacientes que querían conocer sus condiciones médicas, aún en estado terminal, y empezaban a surgir las primeras demandas legales hacia el colectivo médico.

Respecto al personal de enfermería, se asumía que eran los que mayor contacto y cercanía tenían con pacientes y familiares, y quienes afrontaban las actitudes de negación y evasión de los enfermos sobre su diagnóstico, se reflejaba, por tanto, la necesidad de formar hacia el manejo de dichas actitudes.

Debido a que los enfermeros y enfermeras tienen mayor contacto, el conocimiento sobre el paciente también es mayor, por lo que enfermería ha ganado importancia en la CMN, e incluso muchas veces se ve obligada a iniciar el proceso, por ello los profesionales de la salud deben adquirir necesariamente los medios, los conocimientos y la capacitación para comunicarse con los pacientes y para encontrar formas adecuadas para revelar las malas noticias (1).

Una revisión bibliográfica realizada por Michael Farrel en 1999 (2), reseña que autores que referían a las enfermeras como una de las mejores opciones en la CMN, ya que eran quienes conocían mejor a los pacientes y sus familiares. Pero, sin embargo, la realidad es que los médicos son quienes daban la MN apoyados por una enfermera en el momento dado (2).

Este interés ha despertado la curiosidad en enfermeros, como es el caso de Michal Rassing et al (2) que estudió a enfermeros, médicos y pacientes para conocer sus puntos de vista sobre la CMN. Exponía que los enfermeros tenían predisposición a estar durante la CMN, a lo que no daban mucha importancia médicos y pacientes. También se infería que los médicos tenían un mayor número de experiencias que los enfermeros en la CMN, pero el entrenamiento era prácticamente el mismo. Lo que más destacaba en el estudio era la sensación que tenían los pacientes de un mayor apoyo por parte del personal de enfermería que el colectivo médico. Por lo que los autores llegaban a la conclusión de que los enfermeros debían de estar incluidos en el proceso de CMN, ya que los pacientes preguntaban a muchos profesionales de la salud la misma cuestión y podrían generarse contradicciones entre ellos.

Arber (2) menciona la importancia del personal de enfermería como una preciada colaboración en el manejo de la información para el paciente y la familia. Se empieza a ver la CMN como un proceso multidisciplinar enfocado a atender al paciente desde el enfoque de cada profesional.

Los avances tecnológicos y científicos han complicado este proceso de CMN, pues se utilizan para luchar a toda costa contra lo inevitable, la muerte, que aun siendo un proceso natural, para la mayoría de las personas genera actitudes como miedo y ansiedad. El miedo a la muerte es un concepto que está inserto en el proceso de morir, e incluye el miedo a la propia muerte y a lo que sucede después de ella (9). Se define miedo como una reacción emocional a la percepción de señales de peligro o amenaza, ciertas o imaginadas de la propia existencia, que pueden desencadenarse ante estímulos ambientales, situacionales, y también por estímulos internos de la persona, relacionados con la propia muerte o ajena (12).

Este fenómeno no deja ajenos a los profesionales de la salud en especial a enfermería, ya que conviven y trabajan en una cultura particular que los lleva a enfrentar de esa forma a la muerte. Hoy en día se oculta la muerte, lo que hace aún más difícil hacerle frente de modo natural (13).

Según la psiquiatra Kubler-Ross, experta en final de la vida, los casos en los que con más frecuencia los profesionales se distancian de sus pacientes, son con sus pacientes moribundos, por su propio miedo a morir y para

protegerse de la frustración y de la impotencia. Por este motivo, este será uno de los temores (temor a la propia muerte) que vamos a trabajar, para que tanto los pacientes moribundos como los que no lo son, no sientan esa soledad. Todo ello nos ayudará, además a disminuir nuestro nivel de ansiedad como profesionales en situaciones que, generalmente, son difíciles, y a aumentar nuestro nivel de satisfacción. Según la psiquiatra es fácil concluir que la duda de informar o no se produce solamente en el caso de las enfermedades con repercusión en el tiempo de vida (2).

María Paz García-Caro *et al.* (14) nos refieren en su estudio trabajos que abordan el proceso de morir y la muerte desde el punto de vista de los profesionales de la salud y los cuidados paliativos, en la realidad española, también inciden en las dificultades para afrontar la muerte y para asistir y acompañar en el proceso de morir a los enfermos, entre ellos reseñamos los siguientes:

- Allué Martínez, 1993; Bayés, 2001, 2003; Bayés *et al.*, 2000; Esteban de la Rosa, 1995; Gómez, 2005; Gómez, 2006b; Méndez, 2003; Sanz, 2001; Tomás y Guix, 2001, refieren las dificultades relacionadas con el contexto cultural, es decir que los profesionales son hijos de su tiempo, un tiempo en el que la muerte es tabú, en el que se nos vende la omnipotencia curativa y tecnológica de la medicina, de la salud, generando desamparo e indefensión y respondiendo con miedo y ansiedad ante la muerte.
- Con la información y la comunicación con los enfermos y familias (Bayés, 2001; Bayés *et al.*, 2000; Centeno Cortés y Núñez Olarte, 1998; Esteban de la Rosa, 1995; Fainsinger, Núñez-Olarte y Demoissac, 2003; Fernández *et al.*, 2002; Gómez, 2006a; Jovell, 1999; Núñez y Guillén, 2001; Rubio *et al.*, 2004; Sanz, 2001; Sanz y Pascual, 1994), en la medida en que la falta de entendimiento y la incomunicación producen no sólo el aislamiento del enfermo, sino también el del profesional, impide compartir la misma realidad al profesional y su paciente y destruye la base de la relación y del soporte asistencial en este momento final de la vida.
- Trabajos como el de Benbunan-Bentata, Cruz-Quintana, Roa-Venegas, Villaverde-Gutiérrez y Benbunan-Bentata (2007) o el de Schmidt Río-Valle (2007), inciden en otro aspecto, fundamental y básico, que compromete el trabajo y la atención a las personas en proceso de morir como es la presencia, la implicación y el efecto de las emociones en los profesionales (o futuros profesionales) y el afrontamiento de la ansiedad y el estrés que se derivan de ello.

Son, por tanto, múltiples las dificultades estudiadas relacionadas con la atención y la relación en el final de vida. Podemos suponer que tratándose de la muerte y el morir, las emociones jueguen un papel determinante en el modo de conducirse y en la toma de decisiones de los profesionales, especialmente en el momento de diagnosticar la enfermedad terminal, esto es, cuando se inicia y se reconoce lo irreversible del proceso de enfermedad (14).

En las conclusiones refieren la importancia de las consecuencias negativas en la atención a los enfermos terminales y familia, que se derivan de las

dificultades percibidas por los profesionales de la salud en el control de las emociones, por lo que justifican el estudio en profundidad de las mismas y la búsqueda de soluciones en los diferentes ámbitos del conocimiento implicados.

El efecto de las emociones en el juicio clínico del profesional es un factor que se ha hecho presente en el discurso subjetivo y personal de los entrevistados mostrando su verdadera influencia. Las consecuencias negativas en la atención a los enfermos terminales y familia, que se derivan de las dificultades percibidas por los profesionales de la salud en el control de las emociones, justifican el estudio en profundidad de las mismas y la búsqueda de soluciones en los diferentes ámbitos del conocimiento implicados (3).

Además de las mencionadas dificultades de los profesionales, enfrentar la experiencia del cuidado durante el proceso de morir y muerte, requiere también de ciertas habilidades emocionales, que tienen que ver con la forma de comunicarse con el paciente, con su toma de decisiones, su capacidad de afrontamiento, la resolución de problemas y también con su integración en el conjunto asistencial (13).

Un artículo original sobre las Dificultades en la comunicación con el paciente de cáncer y su familia: la perspectiva de los profesionales publicado por: Carmen Domínguez-Nogueiraa, José Expósito-Hernández, Jerónimo Barranco-Navarro y Sabina Pérez-Vicente, cita que:

- Numerosos estudios sobre la satisfacción del paciente destacan, entre las dimensiones más valoradas, la empatía de los profesionales y la cantidad y la calidad de la información facilitada por estos.
- Las asociaciones de pacientes son más explícitas, y reclaman a los sistemas de salud que creen las condiciones de formación y entrenamiento específico en habilidades de comunicación de sus profesionales. Dentro de las organizaciones, para que se produzca una relación de comunicación entre el profesional y el paciente más simétrica y satisfactoria para los pacientes.
- A pesar de que hay consenso sobre la importancia de la formación en habilidades emocionales y de comunicación, las conclusiones del estudio de Inforpress sobre la comunicación en los hospitales españoles ponen de manifiesto la escasez de actividades de formación en nuestros hospitales sobre situaciones a las que tienen que hacer frente a menudo los profesionales sanitarios y, muy especialmente, los que atienden a pacientes de cáncer. Esta escasez es más evidente a la hora de comunicar malas noticias, gestionar crisis y, sobre todo, en cuanto a habilidades en comunicación.

Los resultados del estudio en cuestión fueron que las dificultades que encuentran los profesionales en la comunicación con los pacientes y familiares tienen que ver con diferentes aspectos. De un lado, la gravedad de la enfermedad, el cáncer, hace que sea difícil de asumir por el paciente (81%), a lo que hay que añadir que no siempre se puede responder a sus expectativas (70%), y la superprotección y el secretismo que, a veces, impone la familia, la cual también dificulta esta comunicación con el paciente (87%).

Al tratarse de una enfermedad de gran relevancia social, circula mucha información sobre ella, tanto en el entorno del paciente como en los medios de comunicación, frecuentemente errónea (92%) que los profesionales deben contrarrestar.

Aunque no hay consenso en que haya cansancio físico y psíquico de los profesionales, sin embargo, se valora positivamente la formación en habilidades de autoconocimiento y de autocontrol emocional (89%), así como técnicas de prevención del estrés del personal sanitario (15).

La comunicación, junto con el control de los síntomas y el apoyo emocional son los instrumentos básicos que se utilizan en el desarrollo diario de nuestra profesión. Ser poco hábiles a la hora de dar malas noticias puede generar un sufrimiento añadido innecesario en la persona que recibe la noticia y un deterioro en la relación sanitario-paciente.

Las actitudes personales de cada profesional influyen en la forma de abordar sus actuaciones profesionales, por tanto, se hace necesario trabajar los sentimientos que genera nuestra propia muerte, para que, identificando nuestros miedos, ese conocimiento redunde en beneficio de aquellos a quienes tenemos que acompañar y ayudar en sus últimos días (16).

En cuanto a la formación de los estudiantes de enfermería es relevante conocer la experiencia de la muerte, así como el miedo a ésta, porque la muerte y su proceso, son experiencias inherentes a la labor profesional que deberán desarrollar y porque esto mismo los hace más susceptibles a presentar niveles de ansiedad y actitudes que pueden afectar la calidad de los cuidados (5).

No obstante, los resultados de una investigación realizada por Maritza Espinoza V. (14), demuestran que el miedo a la muerte, se percibe principalmente frente a la muerte y al proceso de morir de los otros.

En esta investigación se concluye que los estudiantes que han tenido escasa práctica y menor preparación, tienen niveles de miedo a la muerte significativamente superiores a los estudiantes de cursos que han tenido más práctica y mayor preparación. Lo anterior es coincidente con otras investigaciones que indagaron el efecto de cursos de formación tanto a estudiantes de enfermería como enfermeras en temas de preparación para la muerte respectivamente, concluyendo que éstos pueden actuar significativamente en la reducción de la ansiedad ante la muerte. El tiempo dedicado a la preparación sería un factor que condiciona los resultados.

Existe evidencia que demuestra que las metodologías educativas de tipo de simulación de las vivencias de atención en el momento de la muerte logran aprendizajes significativos requeridos para el cuidado de pacientes al final de la vida, reduciendo significativamente el estrés y los niveles de ansiedad ante la muerte en los estudiantes de enfermería posteriormente. Es decir, aquellos que comprenden adecuadamente sus emociones y tienen habilidades para controlarlas, presentan mejor ajuste psicológico, que se traduciría en una reducción de los promedios del miedo a la muerte. Se evidencia además que

metodologías basadas en la simulación de experiencias y posterior reflexión, permitirían aprendizajes significativos de ésta difícil temática (17).

María Paz García-Caro et al, refiere que en una revisión de la Cochrane en 2004 (14) se indicó que los profesionales de la salud que trabajan con pacientes con cáncer y sus familias mostraron algunos resultados mejorados en habilidades de comunicación. Estos resultados fueron obtenidos tras las evaluaciones de un taller de comunicación, el cual corroboró la hipótesis de que un taller de comunicación aumentaría la confianza de estudiantes y la eficacia percibida en las comunicaciones difíciles.

Las habilidades de comunicación pueden ser implementadas con éxito en el plan de estudios ACNP con previsión y planificación adecuada en función de metas claras y realistas. El taller fue diseñado en respuesta a una necesidad educativa para enseñar habilidades específicas de comunicación ACNP, sobre todo en situaciones difíciles. Los estudiantes tenían un alto nivel de competencia comunicativa auto-reporte antes del taller, pero aún eran capaces de percibir la mejora de la confianza y la capacidad inmediata y 4 meses después de la participación en el CommSimLab paciente (7).

En otro estudio realizado a las enfermeras de oncología de Japón, se obtuvo como resultado que su confianza ante la comunicación de malas noticias, aumentó tras un programa de formación (7).

La comunicación de malas noticias, no siempre se tienen que dar a un paciente adulto. También puede suceder en los niños. En la Guía de Práctica clínica de Cuidados paliativos, lo nombra como caso especial, ya que la comunicación con el niño enfermo es una situación muy compleja, tanto para sus padres como para el personal sanitario que lo atiende. Las razones son diversas, entre ellas, la creencia de que se puede perjudicar al paciente infantil si se le informa de su estado, la falta de habilidades para comunicarse con los niños y la incomodidad que provoca el tema de la enfermedad o la muerte en los adultos, que optan por negar la situación. Así, es habitual que al tratar con un paciente pediátrico los adultos olviden que el niño también necesita saber qué enfermedad padece, quiere saber qué le ocurre, cómo se le tratará y lo que ocurrirá después e incluso se planteará numerosas preguntas acerca de su propia muerte. Al igual que en el caso de los adultos, los niños perciben que pasa algo grave, por la ansiedad o la tristeza que manifiestan sus padres. Si no se les dice nada, la imaginación infantil puede agravar la situación y provocar sentimientos de desconfianza hacia los progenitores y los profesionales sanitarios. Para hablar a los niños acerca de la enfermedad y la muerte, se pueden seguir las pautas indicadas para el caso de los pacientes adultos, adaptándolas a su nivel de comprensión. En la medida de lo posible, han de ser los padres los que informen al niño. En este sentido, el personal de enfermería juega un papel relevante, ya que pasa mucho tiempo con ellos, para ofrecerle pautas de actuación y se refuerza su competencia para asumir esta tarea. Si los progenitores no pueden dar esta información, lo puede hacer un familiar o un profesional sanitario cercano a la familia, pero es preferible que siempre estén los padres presentes. La explicación se adaptará a lo que el niño puede entender y quiere saber, siempre diciendo la verdad (10).

Tomando como referente estudios como el citado, presentamos el Curso-Taller “Aprendiendo a comunicar Malas Noticias”. En los estudios citados anteriormente, se hace referencia, sobre todo, al miedo a la propia muerte, al miedo de decir “no sé” y el miedo a las posibles reacciones de los pacientes, como los más frecuentes. Estos son algunos de los temores que puede presentar el personal de enfermería, aunque existen otros miedos, los cuales ya hemos definido y que también abordaremos tanto en el proceso de la investigación, como en el Curso-Taller “Aprendiendo a comunicar Malas Noticias” que presentaremos a continuación.

3.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Disminuyen o se modifican, tras un curso – taller formativo, los temores que presentan los enfermeros y enfermeras para la comunicación de malas noticias?

4.- OBJETIVOS

4.1.- Objetivo general

- Conocer si disminuyen o se modifican los miedos que presentan los enfermeros y enfermeras para la comunicación de malas noticias, tras realizar el curso-taller “Aprendiendo a Comunicar Malas Noticias”.

4.2.- Objetivos específicos

- Identificar los miedos que presentan los enfermeros y enfermeras para la comunicación de malas noticias antes de realizar el curso-taller “Aprendiendo a Comunicar Malas Noticias”, así como analizar cómo se manifiestan por orden de frecuencia.
- Identificar los miedos que presentan los enfermeros y enfermeras para la comunicación de malas noticias tras la realización del curso-taller “Aprendiendo a Comunicar Malas Noticias” así como analizar cómo se manifiestan por orden de frecuencia.
- Analizar y comparar los cambios producidos tras la realización del curso-taller en los miedos que presentan los enfermeros y enfermeras para la comunicación de malas noticias.
- Identificar si existen diferencias en cuanto a la manifestación de los diferentes miedos entre los profesionales y las profesionales de enfermería según su antigüedad en el servicio y sexo.

5.- METODOLOGÍA

5.1.- Tipo de estudio

En la primera fase de la búsqueda bibliográfica para la investigación, se ha recurrido a las bases de datos españolas (cuiden plus) con los descriptores: “comunicación” y “malas noticias”.

Debido a la necesidad de ampliar la información se realizó una nueva búsqueda en bases de datos internacionales (Medline, pubmed) donde se utilizaron los descriptores: “communication”, “bad news”, “truth disclosure” y “nursing”. En el caso de las bases internacionales las publicaciones utilizadas estaban escritas en lengua inglesa. Por ello hemos tenido la necesidad de traducirla basándonos en nuestros conocimientos de inglés.

En una primera búsqueda establecimos como límite una antigüedad de 5 años del artículo, pero debido a nuestra necesidad de más información, ampliamos la búsqueda a un tiempo superior.

Se trata de un estudio analítico, experimental, longitudinal con medidas pre-test y post-test.

Como instrumento de recogida y análisis de los datos usaremos un cuestionario (confeccionado ad hoc), referido a los temores que con frecuencia experimentan los profesionales de enfermería (Anexo 1) y otro documento en el que se deberán ordenar por orden de prevalencia estos miedos (Anexo 2).

Se recogerán los resultados mediante una escala likert, donde 1 será nunca demostrado y 5 siempre demostrado. La puntuación obtenida será entre 7 y 35, donde a mayor puntuación mayor miedo. Se analizarán las diferencias de puntuación individualmente de cada miedo para valorar también si hay diferencias en ellos.

5.2.- Contextualización

El Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla es, en la actualidad, el mayor complejo hospitalario del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Su elevada producción asistencial, su destacada posición dentro de la investigación biomédica española, su importante trabajo docente y su estrategia organizativa y de gestión lo convierten asimismo en un claro referente nacional e internacional. Tiene una plantilla cercana a las 8.000 personas.

De las unidades en las que se estructura este complejo hospitalario vamos a centrarnos en las que a continuación nombramos, ya que en estas unidades se encuentran ingresados pacientes con procesos oncológicos y por tanto a los que habría que comunicar malas noticias:

- Servicio de oncología del hospital general.
- Hospital de día de oncología del hospital general.
- Unidad de cuidados paliativos del hospital general.

5.3.- Población y muestra

La muestra tomada será la totalidad de la población. La cual la componen los enfermeros y las enfermeras de las siguientes unidades del Hospital General Virgen del Rocío de Sevilla:

- Planta 5ª norte oncología: 10 profesionales de enfermería.
- Planta 6ª sur Unidad de Cuidados Paliativos: 10 profesionales de enfermería.
- Hospital de Día de Oncología: 7 profesionales de enfermería.

Los datos obtenidos de los cuestionarios en cuanto a tiempo de antigüedad en el servicio y sexo de los participantes, serán obtenidos durante el proceso, ya que no nos ha sido facilitada esta información previamente.

5.4.- Cronograma

Fase de elaboración y preparación	Fase de ejecución	Fase de análisis/resultados
<ul style="list-style-type: none">• Febrero/Marzo: Elección del tema de investigación. Búsqueda bibliográfica y Lecturas sobre el tema.• Marzo/Abril: Lecturas sobre el tema y elaboración del marco teórico.• Mayo: Elección de marco metodológico, diseño de la investigación.	<ul style="list-style-type: none">• Junio: 1ª fase: cuestionario pre-intervención. Analisis pre-intervención.• Octubre/Noviembre: intervención curso-taller.• Enero: cuestionario post-intervención	<ul style="list-style-type: none">• Febrero-Abril: análisis/resultados comparativo de cuestionarios pre y post-intervención.• Mayo: informe final.

5.5.- Variables y/o categorías

- La variable independiente: intervención formativa curso-taller "Aprendiendo a comunicar malas noticias".
- Las variables dependientes: las diferentes categorías de miedos relacionados con la comunicación de malas noticias.

5.6.- Análisis de los datos

- Utilizaremos la T de Student para grupos relacionados y en caso de que no se cumplan los criterios para aplicarla (normalidad y homogeneidad), se utilizaría un contraste no paramétrico.
- En relación al orden de los miedos, realizaremos una descripción detallada de los cambios producidos tras la intervención formativa. Igualmente, describiremos las diferencias en función del sexo, la edad y el tiempo de estancia en el servicio.

INTERVENCIÓN

Programa del curso-taller: “Aprendiendo a Comunicar Malas Noticias” (18, 19)

Introducción

Puesto que hemos detectado que los profesionales de Enfermería suelen carecer de una formación específica respecto a la CMN, y que carecen también de habilidades de comunicación adecuadas, lo que genera temores en cuanto a la comunicación paciente-familia, hemos decidido dividir el programa en tres bloques temáticos.

Previo al curso-taller, como hemos referido, se usará como instrumento un cuestionario. (Ver anexo 1)

Pasaremos también un pequeño documento en el que tendrán que registrar por orden de frecuencia los miedos que experimentan o han experimentado en alguna ocasión durante la comunicación de malas noticias. (Ver anexo 2)

La duración total del curso será de 2 meses. Realizando una sesión semanal de 2 horas, de las cuales una parte será teórica y otra práctica. Los tiempos se adecuarán al contenido de cada sesión.

La metodología utilizada será teórico-vivencial, con la finalidad de que los profesionales y las profesionales adquieran los conocimientos, las actitudes y las habilidades para comunicarse con los pacientes, y encontrar formas adecuadas para revelar las malas noticias disminuyendo de la misma forma sus miedos en caso de haber estado presentes.

En el curso-taller daremos una serie de pautas concretas para facilitar la comunicación y el aprendizaje, tanto de habilidades de comunicación como de técnicas de apoyo sobre posibles respuestas de los pacientes para la disminución de los miedos. A partir de estas pautas generales, los enfermeros y enfermeras realizarán una adaptación a las demandas particulares de cada situación.

Presentamos una propuesta provisional del programa del curso, ya que se finalizará y ajustarán los contenidos de su realización en base a los resultados del cuestionario previo al curso.

1.- BLOQUE 1: HABILIDADES DE COMUNICACIÓN.

Objetivos:

- Adquirir conocimientos y habilidades sobre la comunicación interpersonal.
- Disminuir el estrés emocional ante el desconocimiento de cómo comunicarnos.
- Desarrollar habilidades empáticas para la ayuda tanto al paciente como a sus familiares.
- Facilitar la comunicación entre el profesional y el paciente/familia.
- Capacidad para una comunicación efectiva con pacientes y familias.

El proceso de comunicación en enfermería.

➤ Contenidos:

- La comunicación verbal y la comunicación no verbal
 - Qué es la comunicación no verbal.
 - Componentes no verbales: Expresión facial, La mirada, La sonrisa, La orientación y postura, El contacto físico, Los gestos, La apariencia personal, La automanipulaciones y los movimientos nerviosos de manos y piernas.
 - Componentes paraverbales: Qué son los componentes paraverbales. Cuáles son: El volumen de la voz, el tono, la velocidad, la fluidez y la claridad, el tiempo de habla, las pausas y silencios, la latencia de respuestas.
 - Feedback es la información de vuelta que le llega al receptor y que nos ayuda a entender si el mensaje se ha entendido correctamente.

➤ Actividades:

- Se visualizarán situaciones grabadas
- Se realizarán simulaciones de diferentes situaciones entre los participantes.

La comunicación interpersonal. Qué es la comunicación interpersonal.

➤ Contenidos

- Escucha activa.: Qué significa, Habilidades para la escucha activa:
 - Mostrar empatía, asertividad, parafrasear, emitir palabras de refuerzo, resumir, contacto físico.
- Factores facilitadores de la comunicación.
 - Al criticar a otra persona, hablar de lo que hace, no de lo que es.
 - Discutir los temas de uno en uno.
 - No ir acumulando emociones negativas sin comunicarlas.
 - No hablar del pasado.
 - Ser específico.

- Evitar las generalizaciones.
 - Ser breve.
 - Cuidar la comunicación no verbal.
- Factores dificultadores de la comunicación.
 - Lugar y momento escogidos.
 - Interferencias en la comunicación.
 - Falta de empatía.
 - Ausencia de feed-back.
 - Prejuicios y estereotipos.
 - Efecto halo.
 - No escuchar.
- Actividades
- Exponer mediante diapositivas el temario.
 - Realizar en grupos pequeños de 2 o 3 personas ejercicios de comunicación interpersonal aplicando las habilidades aprendidas.
 - Realizar ejercicios de comunicación de 2 personas donde una tercera la analice y exponga lo que crea que se puede cambiar para mejorar.
 - Exponer entrevistas donde los alumnos y alumnas detecten los elementos estudiados.

2.- BLOQUE 2: MIEDOS DE LOS PROFESIONALES QUE INFLUYEN EN LA COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS.

Objetivos:

- Conocer cuáles son nuestros miedos e identificarlos.
- Conocer la influencia de éstos en la CMN
- Evitar la influencia de nuestros miedos en la CMN.

Analizar los temores de los profesionales de enfermería en la CMN.

➤ Contenidos

- Factores de los profesionales que influyen en la CMN
 - Miedos: Miedo de causar dolor, dolor empático, miedo de ser culpado, miedo a la falla terapéutica, miedo legal, miedo de decir “no sé”, miedo a la propia muerte.
 - Estrés profesional: ¿qué es estrés? Los tres niveles de la respuesta humana: cognitivo, fisiológico y motor.

➤ Actividades.

- Entregar a cada participante su cuestionario para que identifiquen y analicen sus miedos.
- exponer las experiencias individuales para analizarlas en común.

- Estrategias clave para trabajar el estrés: detectar pensamientos, identificar emociones y visualizar reestructurando situaciones.
- Ejercicios respiración y técnicas de relajación de Jacobson y de Schultz.

3.- BLOQUE 3: COMUNICANDO MALAS NOTICIAS.

Objetivos:

- Cuando se hable de comunicar una mala noticia, los profesionales conozcan qué engloba este hecho.
- Conocer cuáles son los temores que con más frecuencia presentan ante estas situaciones y tomar conciencia.
- Saber abordar las diferentes reacciones del paciente después de la CMN.
- Disminuir el impacto y daño potencial al paciente.

Como comunicar una mala noticia

➤ Contenidos:

- Qué es una mala noticia. Definición de Buckman.
- Cómo comunicar malas noticias.
 - Protocolo Spikes de Buckman basado en 6 etapas: Preparación, Percepción, Invitar a que pregunte que quiere saber, conocimiento, empatía, resumen y planes de futuro,
 - Protocolo ABCDE de Rabow basado en 5 puntos: preparación del ambiente, conocer cuánto sabe y qué quiere saber, comunicarse correctamente, comprender la reacción del paciente, estimular y valorar las emociones.

➤ Actividades:

- Exposición de experiencias vivenciales individualmente y exposición en grupo.
- Identificar cómo dar malas noticias según una situación concreta mediante videos y casos prácticos sobre entrevistas demostrativas del "Manual de estrategias prácticas".
- Escenificación de un caso práctico mediante la modalidad de paciente simulado, en la que, a partir de los contenidos docentes, el participante interpreta su papel sin verse obligado a usar unas frases determinadas. Puede improvisar. Los participantes se sentarán en círculo.
- Una de las sesiones se grabará en video y puntuaremos los aspectos teóricos que se deberían cambiar, así como las habilidades que se pueden mejorar.

Analizar las reacciones de los pacientes a los que se comunica la mala noticia.

➤ Contenidos.

- Cuando damos una mala noticia el paciente comienza un proceso de duelo. Etapas del proceso de duelo. Modelo de Kubler Ross.
 - Shock y negación.
 - Irritación e ira.
 - Pacto.
 - Depresión.
 - Aceptación.

- Emociones más frecuentes en los pacientes tras la CMN.
 - Tristeza y desolación.
 - Desesperación.
 - Culpabilidad con base real o imaginaria.
 - Temor.
 - Celos de otras personas que no sufren el mismo problema.
 - Vergüenza por manifestar otros sentimientos.
 - Ira.

- Factores que influyen en la intensidad de los sentimientos.
 - Intensidad de las respuestas emocionales.
 - Facilidad para expresar emociones.
 - Grado en que se ven obligados a controlar las emociones.
 - Conflicto de los profesionales sanitarios ante la propia muerte.

➤ Actividades.

- Escenificación de un caso práctico, exponiendo la reacción real que tendría el participante.
- Una de las sesiones se grabará en video y analizaremos los aspectos teóricos trabajados, así como las habilidades que se pueden mejorar.

6.- CONSIDERACIONES ÉTICAS

En este estudio se cumplirán los requisitos éticos propios de cualquier estudio experimental.

El estudio se desarrollará siguiendo los principios éticos recogidos en la declaración de Helsinki, declaración sobre principios éticos para las investigaciones médica en seres humanos realizada en Helsinki (1964), y sucesivamente revisada en Tokio (1975), Venecia (1983), Hong Kong (1989), Somerset West (1996), Edimburgo (2000), Washington (2002), Seúl (2008).

Se solicitará la aprobación de la Comisión de Ética del centro, y se entregará el consentimiento informado (Anexo 3) a los sujetos incluidos en el estudio.

El equipo investigador se compromete a salvaguardar la identidad de las personas que serán fuente de origen de los datos.

Todos los registros se encontrarán debidamente custodiados, estando identificados únicamente por el número asignado de caso, por tanto, desagregados, cumpliendo la legislación sobre protección de datos española (Ley orgánica de protección de datos de carácter personal 15/1999 de 13 de Diciembre).

7.- CONCLUSIONES

Para concluir, nos parece interesante mencionar el déficit en cuanto a número de publicaciones realizadas por personal de enfermería en relación a la comunicación de malas noticias. Sería de especial interés estudiar cuales son los sentimientos a los que se enfrentan para poder trabajar sobre ellos. Éstos están constituidos principalmente, por los temores que experimentan ante las eventuales repercusiones que la comunicación de una mala noticia puede desencadenar en la relación profesional – paciente.

Por este motivo, creemos importante una formación más específica y en profundidad durante la formación de los estudiantes y las estudiantes de enfermería.

Nos ha parecido interesante realizar este proyecto de investigación, sobre todo el curso-taller que hemos diseñado, ya que durante su elaboración hemos recibido formación respecto a la comunicación de malas noticias. Del mismo modo, esperamos que sea de ayuda a los profesionales que participen en la investigación.

8.- BIBLIOGRAFÍA

1. Shannon SE, Long-Sutehall T, Coombs M. Conversations in end-of-life care: communication tools for critical care practitioners. *Nurs Crit Care*. 2011; 16(3): 124-30.
2. Mirón González R. Comunicación de malas noticias: perspectiva enfermera. *Revi Esp Com Sal*. 2010; 1(1): 39-49.
3. Mohammad Arbabi, Ava Roozdar, Mohammad Taher, Samira Shirzad, Mohsen Arjmand, Mohammad Reza Mohammadi et al. How to Break Bad News: Physicians' and Nurses' Attitudes. *Iran J Psychiatry*. 2010; 5(4): 128-33.
4. Pérez Fernández MC, Navarro Infante FR, Dulce García MA, Gallardo Jiménez N, Fernández Fernández A. Comunicación: Una necesidad para el Paciente-Familia. Una competencia de Enfermería. *Rev Paginasenferurg*. 2009; 1(3): 15-20.

5. Fukui S, Ogawa K, Fukui N. Communication skills training on how to break bad news for Japanese nurses in oncology: effects of training on nurses' confidence and perceived effectiveness. *J Cancer Educ.* 2010; 25(1): 116-19.
6. Rio-Valle JS, Caro MP, Juarez RM, Peña DP, Vinuesa AM, Pappous A et al. Bad news for the patient and the family? The worst part of being a health care professional. *J Palliat Care.* 2009; 25(3):191-96.
7. Rosenzweig M, Hravnak M, Magdic K, Beach M, Clifton M, Arnold R. Patient Communication Simulation Laboratory for Students in an Acute Care Nurse Practitioner Program. *Am J Crit Care.* 2008; 17(4): 364-72.
8. Blázquez-Manzano A, Feu S, Ruiz-Muñoz E, Gutiérrez-Caballero JM. Importancia de la comunicación interpersonal en relación médico-paciente en atención primaria. *Rev Esp Comun Salud.* 2012; 3(1): 51-65.
9. Ayarra M, Lizarraga S. Malas noticias y apoyo emocional. *ANALES Sis San.* 2001; 24 Supl 2: 55-63.
10. Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud [Sede Web]. Bilbao; 2008. De Arrieta Ayestarán M, Balagué Gea L, Bañuelos Gordón A, Clavé Arruabarrena E, Egaña Otaño L, Etxeberria Agirre A et al. Guía de Práctica Clínica sobre cuidados paliativos. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_428_Paliativos_Osteba_compl.pdf
11. Villa López B. Recomendaciones sobre cómo comunicar malas noticias. *Nure Inv.* 2007; (31). ISSN: 1697-2187X.
12. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2012-2014. 9ª ed. Barcelona: Ediciones Elsevier, 2010. ISBN: 978-84-9022-026-9.
13. Van-der Hofstadt Román CJ, Quiles Marcos Y, Quiles Sebastián MJ. Técnicas de comunicación para profesionales de enfermería. 1ª ed. Valencia: Generalitat Valenciana; 2006. Disponible en: <http://www.anesm.org/wp-content/uploads/2014/11/Tecnicas-de-comunicacion-en-Enfermeria.pdf>
14. García-Caro MP, Cruz-Quintana F, Rio-Valle JS, Muñoz-Vinuesa A, Montoya-Juárez R, Prados-Peña D et al. Influencia de las emociones en el juicio clínico de los profesionales de la salud a propósito del diagnóstico de enfermedad terminal. *Int J Clin Health Psychol.* 2010;10(1): 57-73.
15. Domínguez-Nogueira C, Expósito-Hernández J, Barranco-Navarro J, Pérez-Vicente S. Dificultades en la comunicación con el paciente de cáncer y su familia: la perspectiva de los profesionales. *Rev Calidad Asistencial.* 2007; 22(1):44-9.
16. Soler Gómez MD. Guía docente de la materia optativa la enfermería ante el duelo y la muerte. Valencia: Universidad de Valencia; 2010. Disponible en: http://www.ee.lafe.san.gva.es/pdfs/guiasdocentes/Segon/Optativas/Enfermeria_duelomuerteEDM.pdf

17. Maritza Espinoza V, Olivia Sanhueza A. Miedo a la muerte y su relación con la inteligencia emocional de estudiantes de enfermería de Concepción. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25(4): 607-13.
18. Borrell I Carrió F. Entrevista clínica, manual de estrategias prácticas. Barcelona: SemFYC; 2004. ISBN: 84-96216-44-6.
19. Bimbela Pedrosa JL. Cuidando al profesional de la salud, Habilidades emocionales y de comunicación. 8ª ed. Granada: Edita Escuela Andaluza de Salud Pública; 2007. ISBN: 978-84-87385-70-4.

9.- ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario

Nos gustaría que rellenas el siguiente cuestionario, en el que rogamos conteste con la mayor sinceridad posible, marcando su respuesta con una X. Entendemos como miedo aquella respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro(12).

Datos personales: Hombre Mujer

Características laborales: Tiempo de estancia en el servicio
.....Días Semanas Años

Cuestionario sobre los temores:

Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado
1	2	3	4	5

Cuestionario:

- ✓ El miedo a causar dolor influye en su forma de comunicar malas noticias.
- ✓ Dolor empático: sus propios sentimientos le impiden comunicar malas noticias.
- ✓ Miedo de ser culpado: si pudiese evitar comunicar malas noticias, lo haría.
- ✓ Siente temor ante la reacción del paciente al comunicarle malas noticias.
- ✓ Miedo a la falla terapéutica: vive como Un fracaso profesional la comunicación de malas noticias.
- ✓ Miedo legal: ante la CMN, tiene miedo de las posibles repercusiones legales por parte del paciente.
- ✓ El aumento de la demanda en los últimos años, influye en su disposición para comunicar malas noticias.
- ✓ Miedo de decir “no se”: tiene miedo a no saber dar todas las respuestas sobre su proceso al paciente.
- ✓ Miedo a la propia muerte: cuando se trata de una enfermedad que no repercute en el tiempo de vida del paciente, se siente más capaz de informar.

Anexo 2: Orden de frecuencia en el que aparecen los miedos en los profesionales de enfermería.

Por favor, ordene según la frecuencia en que se manifiestan en usted los siguientes temores.

Miedo de causar dolor.....	<input type="text"/>
Dolor empático.....	<input type="text"/>
Miedo de ser culpado.....	<input type="text"/>
Miedo a la falla terapéutica.....	<input type="text"/>
Miedo legal.....	<input type="text"/>
Miedo de decir “no sé”.....	<input type="text"/>
Miedo a la propia muerte.....	<input type="text"/>

Anexo 3: Consentimiento informado

Actualmente llevo a cabo una investigación para conocer si disminuyen o se modifican los miedos que presentan los enfermeros y enfermeras para la comunicación de malas noticias, tras realizar el curso-taller “Aprendiendo a Comunicar Malas Noticias”. Y con ello mejorar la calidad de nuestras intervenciones.

Usted ha sido seleccionado/a como un posible participante de este estudio. En ningún momento el contenido de los cuestionarios será usado fuera del ámbito del estudio, por lo que le pedimos que exprese sus respuestas con la mayor sinceridad.

Los datos que obtengamos serán tratados y analizados de forma grupal y en ninguno de los casos se revelará su identidad. En cualquier momento del desarrollo de la investigación está libre de abandonarla si no desea seguir participando.

Si lo desea podrá conocer los resultados, una vez finalizado el estudio, poniéndose en contacto con los investigadores del proyecto.

Firma del Participante:

Fecha: