

## **EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN COMUNICACIÓN PARA MÉDICOS RESIDENTES DE UN HOSPITAL PEDIÁTRICO**

**Yazde Puleio María L; Alonso M Jimena; Otero Miriam; Aprea Valeria**

### **RESUMEN**

**Introducción:** La comunicación es crucial para la calidad asistencial e influye en la relación médico-paciente. pero su enseñanza es deficiente. Este estudio evaluó el impacto de una intervención educativa sobre las habilidades en comunicación de médicos residentes en pediatría.

**Material y métodos:** La formación incluyó dos ejercicios de simulación con juego de roles y una clase teórica. Se evaluaron las habilidades de comunicación durante los talleres usando la escala CICAA (conectar, identificar, comprender, acordar, ayudar a actuar) antes y después de la clase en 39 residentes de pediatría. CICAA valora aspectos de la comunicación en la relación asistencial a través de la observación. Se aplicaron las pruebas de McNemar y Kruskal-Wallis para el análisis de datos.

**Resultados:** Excepto dos participantes, todos mejoraron en la escala CICAA en la medición final, reflejando un incremento en sus habilidades comunicativas.

**Conclusión:** Se observaron cambios favorables en las habilidades de comunicación de los participantes.

**Palabras clave:** Relación médico-paciente, Comunicación, Juego de roles, Educación médica

### **INTRODUCCIÓN**

La comunicación en salud es crucial para la calidad asistencial, implicando habilidades tanto verbales como no verbales. Cuando es necesario comunicar una mala noticia, el acto adquiere otra trascendencia, porque supone una alteración drástica y negativa de las perspectivas de futuro del paciente, esto inevitablemente afecta al profesional. En el caso de pediatría se agrega una complejidad adicional dado que interviene la tríada paciente/padres/cuidadores. 1, 2

La formación en esta área es limitada y, en muchos casos, se adquiere observando a superiores. Si bien puede estar incluida en la currícula de grado, no se registra en la bibliografía capacitación práctica en habilidades de comunicación. Esta falta de capacitación formal ha sido ampliamente documentada; por ejemplo, estudios indican que muchos programas de formación médica no incluyen un currículo específico sobre habilidades comunicativas, lo que resulta en una preparación insuficiente para enfrentar situaciones complejas en la práctica clínica. 1, 2, 3, 4

Los talleres de comunicación son una herramienta efectiva para la formación continua, ya que integran componentes cognitivos, conductuales y afectivos, permitiendo a los participantes practicar lo aprendido a través de juegos de roles y explorar sus emociones. Estos talleres no solo desarrollan habilidades técnicas, sino que también fomentan un entorno donde los profesionales pueden reflexionar sobre sus propias emociones y respuestas ante situaciones difíciles. 3,5

La escala CICAA (Comunicación Interpersonal en Atención Asistencial) es un instrumento diseñado para evaluar aspectos esenciales de la comunicación en la relación asistencial mediante la observación. Este instrumento se aplica tanto con fines formativos como de investigación e incluye elementos comunicativos básicos que permiten desarrollar habilidades estratégicas necesarias para alcanzar tareas generales: “conectar”, “identificar y comprender problemas”, “acordar y ayudar a actuar”. Estas tareas son fundamentales para cualquier intervención en la relación asistencial y son evaluadas a través de criterios específicos que abordan tanto el contenido como el proceso comunicativo. 6 (Figura 1)

**Figura 1. Escala CICAA.** Instrumento diseñado para valorar la comunicación en la relación clínica entre un profesional de la salud y un paciente. Se basa en la observación externa del encuentro asistencial. Valora aspectos de tareas específicas como “conectar”, incluye aquello vinculado a la cortesía y uso del lenguaje no verbal; “identificar y comprender los problemas”, evalúa la reactividad del profesional, si facilita el discurso del paciente y utiliza preguntas abiertas, entre otras variables; “acordar”, considera si el profesional brinda información clara adaptada a las necesidades del pacientes y cómo maneja los desacuerdos que pudieran surgir en el encuentro; y finalmente “ayudar a actuar”, que incluye verificar la comprensión y acordar un plan de acción en común. Estas tareas constituyen objetivos generales a alcanzar para la comunicación efectiva.

Durante la observación de la situación clínica representada se asigna un puntaje específico a cada ítem definido en la escala (de 0 a 2 si el profesional logra escasamente o completamente el objetivo) y luego se realiza la suma del puntaje total.

En este estudio se comparó el puntaje total obtenido antes de cualquier intervención educativa y posterior a concurrir al taller práctico y recibir una clase teórica sobre comunicación.

TAREA 1.ª CONECTAR	Np			0	1	2
1.-¿En qué medida el profesional recibe adecuadamente al paciente?						
2.-¿En qué medida el profesional hace un uso del ordenador u otros registros de forma que no altera la comunicación?						
3.-¿En qué medida el profesional se muestra cortés y amable durante la entrevista?						
4.-¿En qué medida el lenguaje no verbal del profesional es el adecuado?						
5.-¿En qué medida el profesional muestra empatía en los momentos oportunos?						
6.-¿En qué medida el profesional cierra adecuadamente la entrevista con el paciente?						
<b>TAREA 2.ª IDENTIFICAR Y COMPRENDER LOS PROBLEMAS</b>						
7.-¿En qué medida el profesional ha mostrado una reactividad adecuada?						
8.-¿En qué medida el profesional facilita el discurso del paciente?						
9.-¿En qué medida el profesional establece y mantiene a lo largo de la entrevista un contacto visual-facial adecuado?						
10.-¿En qué medida el profesional capta y responde a las pistas ofrecidas por el paciente?						
11.-¿En qué medida el profesional emplea preguntas abiertas?						
12.-¿En qué medida el profesional ha explorado la idea que tenía el propio paciente sobre el origen y/o la causa de su síntoma o proceso?						
13.-¿En qué medida el profesional ha explorado las emociones y los sentimientos que el síntoma o proceso ha provocado al paciente?						
14.-¿En qué medida el profesional ha explorado cómo afecta al paciente su síntoma o proceso en su vida diaria, entorno sociofamiliar o laboral?						
15.-¿En qué medida el profesional ha explorado las expectativas que el paciente tiene para esta consulta?						
16.-¿En qué medida el profesional ha explorado el estado de ánimo del paciente?						
17.-¿En qué medida el profesional ha explorado posibles acontecimientos vitales estresantes para el paciente?						
18.-¿En qué medida el profesional ha explorado el entorno sociofamiliar?						
19.-¿En qué medida el profesional ha explorado factores de riesgo o realizado actividades preventivas no relacionadas con la demanda?						
20.-¿En qué medida el profesional ha resumido la información que ha obtenido del paciente?						

TAREAS 3.º y 4.º ACORDAR Y AYUDAR A ACTUAR	Np	0	1	2
21.- ¿En qué medida el profesional trata de explicar el proceso o el síntoma principal presentado por el paciente?				
22.- ¿En qué medida el profesional trata de explicar la evolución que puede seguir el proceso?				
23.- ¿En qué medida el profesional ofrece una información adaptada a los problemas y necesidades que tiene el paciente?				
24.- ¿En qué medida el profesional ofrece la información de forma clara?				
25.- ¿En qué medida el profesional da la oportunidad al paciente de participar en la toma de decisiones de la consulta animándolo?				
26.- ¿En qué medida el profesional permite que el paciente exprese sus dudas?				
27.- Si se produce alguna discrepancia o desacuerdo entre el profesional y el paciente, ¿en qué medida el profesional busca el acuerdo (entrando en discusión y considerando las opiniones del paciente)?				
28.- ¿En qué medida el profesional comprueba que el paciente ha comprendido la información suministrada?				
29.- ¿En qué medida el profesional consigue compromisos explícitos por parte del paciente respecto al plan a seguir?				

NP: No procede. (0): Muy escasamente o Escasamente; (1): Aceptablemente; (2): Casi totalmente o Totalmente

He revisado la cumplimentación de todos los ítems \_\_\_\_\_

PUNTUACION TOTAL / n.º ítems con NP

La falta de enseñanza formal en comunicación ha llevado a que muchos médicos se sientan inseguros al abordar temas delicados como el diagnóstico de enfermedades graves o la entrega de malas noticias. La literatura destaca que los profesionales a menudo enfrentan sus propias emociones y temores al comunicar información difícil, lo que puede resultar en una interacción menos efectiva con los pacientes. Esto resalta la necesidad urgente de incorporar programas educativos que fortalezcan las habilidades comunicativas dentro del currículo médico. 2,3

Los espacios simulados de aprendizaje permiten realizar talleres de comunicación con la técnica de juego de roles, lo cual favorece la seguridad del paciente. 5 Sin embargo, hay escasez de experiencias con talleres vivenciales en comunicación. 7

En el Hospital General de Niños Pedro de Elizalde, el equipo de cuidados paliativos recibe numerosas consultas para dar soporte en la comunicación de malas noticias así como abordar otras dificultades en la comunicación. Ante la falta de formación formal en comunicación, se propuso un taller vivencial de dos encuentros centrándose en el juego de roles sobre casos clínicos.

Este estudio evaluó el impacto de una intervención educativa sobre las habilidades en comunicación de médicos residentes de pediatría luego de un taller teórico-práctico.

### METODOLOGÍA

Diseño: estudio tipo antes/después realizado en el centro de simulación del hospital durante el segundo semestre de 2023. Se incluyeron médicos residentes de pediatría de 1er a 4to año.

Todos dieron su consentimiento y se excluyeron a quienes no completaron la intervención.

El taller se basó en ejercicios de simulación a través de juego de roles, y el impacto se midió con la escala CICA. 6

Se realizaron cohortes de hasta 10 participantes por año de residencia quienes asistieron a 2 encuentros de 1,5 horas de duración, donde se trabajaron ejercicios de comunicación con complejidad creciente a mayor año de formación. En el grupo de residentes de tercer y cuarto año se trabajó sobre casos clínicos más complejos, donde debían abordar la sospecha de un diagnóstico de enfermedad oncológica, los primeros, y de recaída de enfermedad sin posibilidad de tratamiento curativo, los segundos.

Los encuentros fueron coordinados por 3 integrantes del equipo de cuidados paliativos (2 médicas y una trabajadora social). La estructura de los encuentros consistió en una parte introductoria donde se exploró la experiencia previa del grupo en la temática. Luego se explicaba la actividad, uno o dos coordinadores participaron representando el rol de pacientes o familiares, y el integrante restante del equipo investigador era quien evaluaba las habilidades a través de la escala CICAA. Al finalizar el juego de roles, se realizó en cada oportunidad un cierre e intercambio, donde se trabajó en relación al impacto emocional de la actividad en los participantes y en aspectos técnicos relacionados a la comunicación.

Entre ambos talleres transcurrieron 7 a 10 días para que los participantes pudieran acceder de forma asincrónica al material teórico sobre comunicación, el cual consistió en una clase grabada en video de 1 hora de duración donde se abordaron conceptos básicos sobre comunicación en salud y el protocolo SPIKES para la comunicación de malas noticias.<sup>8</sup>

La escala CICAA, se registró para cada participante en dos oportunidades, durante el juego de roles en el primer taller y posteriormente en el segundo, luego de haber accedido al material teórico.

Aspectos de la comunicación evaluados:

- Tarea 1. "Conectar": cortesía, lenguaje no verbal y cierre de entrevistas.
- Tarea 2. "Identificar y comprender problemas": facilita el discurso del otro y explora emociones.
- Tarea 3 y 4. "Acordar y ayudar a actuar": informa al otro y favorece la participación en las decisiones.<sup>6</sup>

Se consideró el puntaje global obtenido y se analizó el desempeño según el año de residencia. Se tomó 20 puntos como resultado mínimo esperado. La intervención se consideró válida si el 80 % de los sujetos obtenían 20 o más puntos en el segundo taller.

El análisis cualitativo se basó en las notas de campo relevadas durante la observación en los encuentros.

Estudio aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital de Niños Pedro de Elizalde

#### **ANÁLISIS ESTADÍSTICO:**

Se aplicó la prueba de McNemar para variables categóricas en muestras repetidas y pruebas de Wilcoxon de los signos para muestras pareadas (pre y post prueba), y de Kruskal Wallis para comparar grupos. Se consideró valor de  $p < 0,05$ . Se utilizó SPSS 20.0.

#### **RESULTADOS**

Fueron incluidos 39 sujetos (Tabla 1), 4 fueron excluidos por no completar el segundo taller. Si bien participaron en los talleres 70 médicos residentes de pediatría, por dificultades operativas no todos fueron incluidos en el estudio, pero sin embargo se favoreció que la mayor parte de médicos puedan participar de la experiencia. La distribución de los participantes incluidos por año de residencia fue: 1er

año 11 sujetos (mujeres en su totalidad); 2do año 8 (5 mujeres – 3 hombres), 3er año 7 (5 mujeres – 2 hombres) y 4to año 13 (7 mujeres – 6 hombres).

**Tabla 1: Distribución de participantes de acuerdo al año de residencia**

	Frecuencia	Porcentaje
<b>1ro</b>	<b>11</b>	<b>28,2</b>
<b>2do</b>	<b>8</b>	<b>20,5</b>
<b>3ro</b>	<b>7</b>	<b>17,9</b>
<b>4to</b>	<b>13</b>	<b>33,3</b>
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>

La mediana de puntaje fue 17 puntos en el primer encuentro, y 36 puntos en el segundo. Hubo 14 participantes con más de 20 preguntas correctas en el primer cuestionario vs. 31 en el segundo ( $p < 0,001$ ). Solo 2 participantes disminuyeron su puntaje luego de la intervención, el resto mejoró ( $p < 0,001$ ). (Tabla 2)

En ambos cuestionarios se observó mejor rendimiento en los años superiores ( $p = 0,02$  y  $p < 0,001$ ) (Figura 2)

**Tabla 2: Evaluación del impacto de la intervención realizada, respuestas en ambos cuestionarios**

	Cuestionario 1	Cuestionario 2	p
N	35	35	
Percentil 25	12 puntos	22 puntos	
Percentil 50	17 puntos	36 puntos	
Percentil 75	37 puntos	45 puntos	
Diferencias positivas		33	<0,001**
Diferencias negativas		2	
<b>Preguntas correctas</b>			
≤ 19 preguntas	21 sujetos	4 sujetos	>0,001***
≥ 20 preguntas	14 sujetos	31 sujetos	

\*2 talleres e información asincrónica

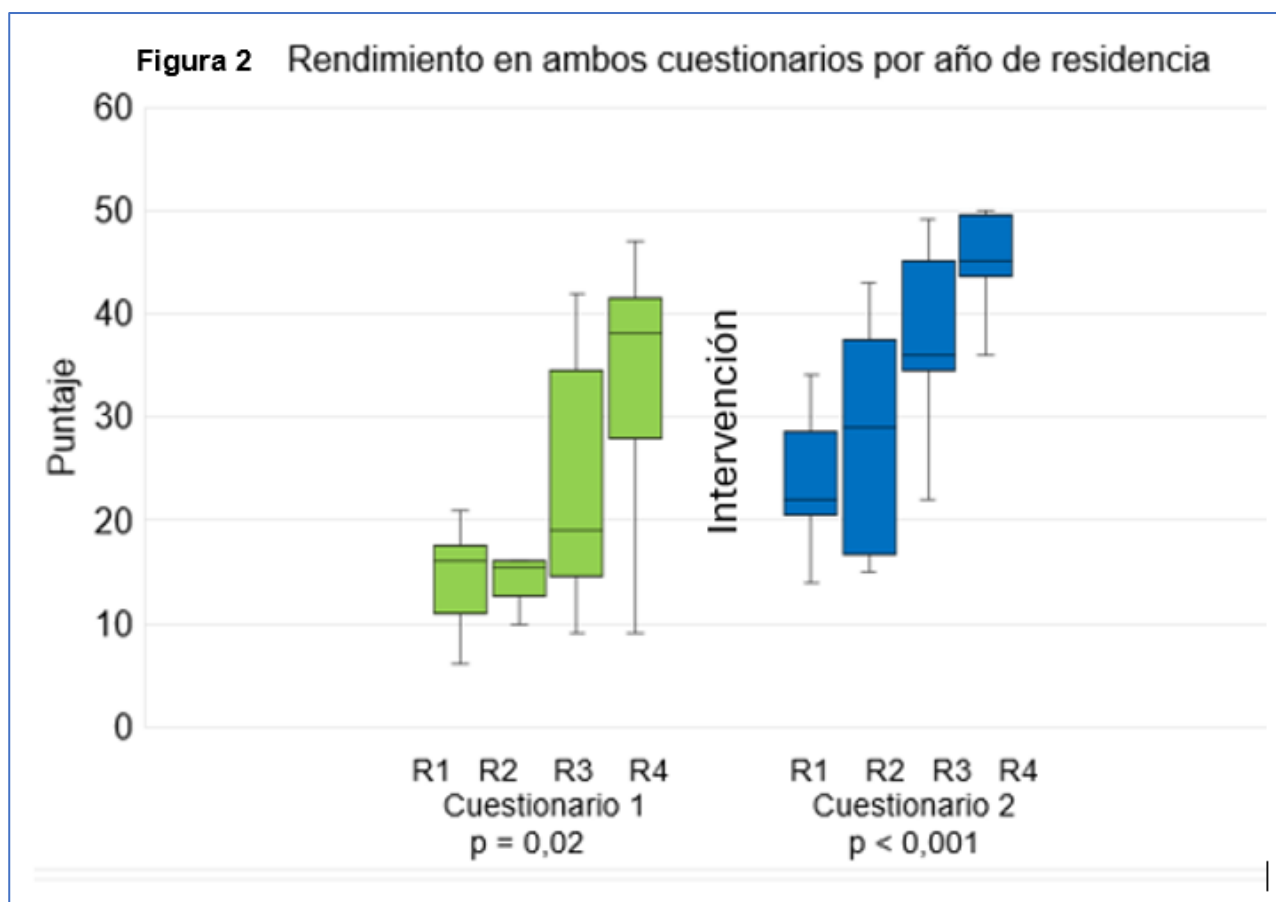
\*prueba de Wilcoxon de rangos con signos para muestras relacionadas (diferencias positivas implica mayor puntaje en el segundo cuestionario, diferencia negativa implica menor puntaje)

\*\*prueba de McNemar



### **Figura 2. Rendimiento en ambos cuestionarios por año de residencia.**

La prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis permite analizar si existen diferencias a nivel estadístico entre los grupos analizados, en este caso, cada año de residencia. Muestra la distribución del puntaje obtenido en los grupos de residentes de 1ro a 4to año. A mayor año de formación fue mayor el puntaje obtenido, esto da relevancia al recorrido asistencial sin embargo, pudo observarse en el estudio cómo esto no es suficiente para alcanzar la comunicación efectiva.



La intervención tuvo un impacto positivo con las habilidades de comunicación en los participantes en 33 de 35 sujetos 94,3 % (IC95% 81,3 – 98,4).

Análisis cualitativo del desempeño por tarea agrupando según año de residencia.

Los médicos residentes de primer año mostraron escasas habilidades en la tarea “conectar”, con un impacto importante de la intervención educativa en el segundo encuentro. Con respecto a la tarea “identificar y comprender problemas”, si bien mantuvieron contacto visual, en los otros ítems hubo escasos progresos, demostrando dificultades en la escucha de la problemática del paciente. Finalmente, en la tarea “acordar y ayudar a actuar” pudieron demostrar progresos.

Los participantes de segundo año demostraron mayores recursos en su desempeño en la tarea 1, lo que se vincula con el desarrollo de su recorrido formativo. Con respecto a la tarea 2, si bien pudieron facilitar el discurso del otro y brindar escucha atenta, presentaron dificultades en el abordaje de las emociones. De la misma manera, en la tarea 3 mostraron habilidad para dar información de forma

clara, pero tienen dificultades para participar al otro en la toma de decisiones y también en el cierre de las entrevistas.

Los residentes de tercer año en relación a la tarea “conectar” tuvieron algunas dificultades para demostrar empatía en los momentos oportunos. En la tarea 2 se observa fuertemente el contacto visual durante la entrevista como práctica internalizada desde el inicio; pueden facilitar el discurso del otro, tienen mayor habilidad para explorar las emociones, pero observamos dificultad para utilizar preguntas abiertas. Finalmente, con respecto a la tarea 3, la dificultad aparece en relación a poder visibilizar las necesidades del otro y adaptar la información a ellas.

Los residentes de cuarto año tuvieron un desempeño muy bueno en la tarea 1, con dificultades similares en el uso de preguntas abiertas lo cual genera ciertas barreras en la posibilidad de explorar emociones. De cualquier manera, pudo objetivarse una mejoría en el desempeño en estos ítems en el segundo encuentro. En la última tarea que se evaluó la mayor parte de este grupo alcanzó un puntaje óptimo. Destacamos nuevamente la experticia que se va logrando con el recorrido profesional e historia vital de los participantes.

### DISCUSIÓN

En medicina, la comunicación eficaz es un indicador de calidad, aunque es escasa la capacitación en la formación médica. Así lo demuestra la revisión de la bibliografía y los datos obtenidos en este estudio, donde la gran mayoría de los médicos residentes que participaron de los talleres de comunicación expresaron que no tuvieron ningún tipo de formación previa.<sup>6, 9, 10</sup>

La mala comunicación impacta en las familias y en los profesionales. Al comunicar malas noticias, el equipo de salud enfrenta su propio conocimiento y emociones, temiendo ser valorado negativamente. Dada la falta de capacitación, se observan dificultades para transmitir información compleja con empatía y responder a las necesidades del paciente.<sup>11</sup>

El trabajo en espacios simulados de aprendizaje busca favorecer la seguridad del paciente al permitir el entrenamiento del profesional en un ambiente recreado y seguro. La simulación clínica favorece la adquisición y perfeccionamiento de competencias y habilidades para el cuidado de la salud.<sup>12</sup>

El ejercicio de juego de roles ofrece el encuadre para que el profesional desarrolle la escena simulada y reciba retroalimentación del instructor y compañeros.<sup>13</sup> Esta técnica “lleva la realidad a un aula” para estimular la exploración y comprensión del comportamiento.

Los casos clínicos trabajados en el juego de roles tenían complejidad creciente para dar relevancia al recorrido asistencial, el cual da experiencias enriquecedoras a los profesionales y sobre el cual se basa gran parte de su formación, pero que en el área de comunicación resulta insuficiente.<sup>4</sup>

Los resultados en los residentes de primer año sugieren que a menor año de residencia existe una actitud tecnificada y automatizada en la consulta que dificulta la comunicación.

Los residentes de segundo año demostraron dificultades para demostrar empatía y poder validar las emociones. La situación clínica que debían enfrentar en el juego de roles se vinculaba a la sospecha de una enfermedad oncológica; en el cierre de los encuentros, se abordaron los sentimientos emergentes y evidenciaron cómo la situación enfrentada en el ejercicio de simulación tenía impacto a nivel emocional, generándoles temor y tristeza.

El proceso de comunicación está determinado por las necesidades del paciente, su condición clínica y disposición para recibir información.

Entrenar a los profesionales de salud en estos términos es esencial, porque la discusión ya no es “decir o no decir”, sino tal como señala Bascuñan, “cómo compartir la información con el paciente”.<sup>11</sup> De allí la importancia de trabajar las propias emociones para poder responder a las necesidades del paciente y la familia en la relación de ayuda.<sup>14</sup>

El grupo de residentes de tercer y cuarto año, enfrentaron las situaciones de mayor complejidad. Si bien demostraron un gran desempeño en aspectos relacionados a la comunicación no verbal, como identificar ciertos gestos del paciente y brindar escucha atenta; tuvieron dificultad para propiciar la expresión de emociones, así como para utilizar preguntas abiertas. Esto último se mantuvo y fue uno de los ítems evaluados donde no pudieron demostrar progresos significativos.

Comunicar una mala noticia es un desafío porque el profesional debe nivelar verdad y esperanza. Por esto, es tan importante el proceso de acompañamiento con actitud abierta para la construcción de un saber común con la familia.<sup>15, 16</sup>

Las dificultades para la comunicación de malas noticias se deben a que el profesional se acerca en dicho proceso al dolor y la muerte, instancias para las cuales no es adecuadamente capacitado en su formación y debe trabajar sobre sus propias creencias en relación al sufrimiento y la finitud.<sup>13</sup>

En la facultad de medicina se enseña cómo curar a las personas, pero poco se aborda cómo acompañar el proceso de una enfermedad incurable y la muerte. Esto genera en los médicos sentimientos de impotencia y frustración. Resulta imperativo trabajar sobre el cuidado de los profesionales porque para la comunicación efectiva, ellos son el instrumento y deberán enfrentar su propia afectividad, así como conectar con los sentimientos más profundos del otro.<sup>14</sup>

### CONCLUSIÓN

Luego de la intervención se observaron mejoras en las habilidades de comunicación de los participantes.

El estudio permitió identificar las principales dificultades de los residentes en la comunicación, estimulando el desarrollo de programas basados en estos resultados.

Sin embargo, habilidades como empatía y validación de emociones requieren un entrenamiento intensivo y continuo que excede los objetivos del trabajo.

Entendemos que los aspectos de la comunicación asertiva inciden positivamente en la relación médico - paciente - familia y son parte constitutiva del plan terapéutico, por lo que mejorando los primeros podríamos ver un impacto positivo no solo en la experiencia del paciente, sino en su confianza y adherencia al tratamiento, así como también en la seguridad del personal de salud a la hora de desarrollar su tarea.

El uso de la metodología de juego de roles fue efectivo. Aportó experiencia vivencial de las situaciones clínicas que comprometen la subjetividad.

Los talleres de entrenamiento en comunicación ponen en la agenda institucional el tema, promoviendo formación continua, aportando herramientas, reflexión crítica y una visión humanizada sobre la enfermedad y el sufrimiento de las personas.

### Agradecimientos

Dr Fernando Torres, integrante del Comité de Docencia e Investigación Hospital General de Niños Pedro de Elizalde



### BIBLIOGRAFIA

1. Alhassan, M. (2019). Effect of a 2-day communication skills training on nursing and midwifery students' empathy: a randomised controlled trial. *BMJ open*, 9(3).
2. Nikendei, C., Bosse, H. M., Hoffmann, K., Möltner, A., Hancke, R., Conrad, C., ... & Schultz, J. H. (2011). Outcome of parent-physician communication skills training for pediatric residents. *Patient education and counseling*, 82(1), 94-99.
3. Keir, A., & Wilkinson, D. (2013). Communication skills training in paediatrics. *Journal of paediatrics and child health*, 49(8), 624-628.
4. Ream, M., Albert, D. V., Lash, T., Verbeck, N., & Weisleder, P. (2021). Improving Child Neurology Residents' Communication Skills Through Objective Structured Clinical Exams. *MedEdPORTAL*, 17, 11120.
5. Tervajärvi, L., Hutri-Kähönen, N., & Rautiola, A. M. (2021). Student-LED interprofessional sequential simulation improves communication and teamwork. *Nurse Education in Practice*, 51, 102983.
6. Ruiz Moral R, y col. Escala "CICAA": escala para valorar la relación clínica durante el proceso asistencial. Manual de utilización. Esteve (2007). Disponible en: [https://www.esteveagora.com/GetFichero.do?con=67&zon=8&fichero=Ar\\_1\\_8\\_67\\_APR\\_1.pdf](https://www.esteveagora.com/GetFichero.do?con=67&zon=8&fichero=Ar_1_8_67_APR_1.pdf)
7. Flores Funes D, Aguilar Jimenez J y col. ¿Comunicamos correctamente las malas noticias en medicina? Resultados de un taller de formación basado en videos y debriefing. *Educ Med*. 2020;21(2):118---122
8. Baile WF, Buckman R y col. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302-11.
9. Cofreces P y col. La comunicación en la relación médico-paciente. Análisis de la literatura científica entre 1990 y 2010. *Revista de Comunicación y Salud*. Vol. 4, pp. 19-34
10. Jones D. A Complete Medical Education Includes the Arts and Humanities. *Virtual Mentor American Medical Association Journal of Ethics* August 2014, Volume 16, Number 8: 636-641
11. Bascuñan ML y col. La comunicación de "malas noticias" en salud. *Rev Med Clin Condes*. 2013; 24(4) 685-693
12. Dávila-Cervantes A. Simulación en educación médica. *Inv Ed Med* 2014;3(10):100-105
13. Kollmer Horton M. The orphan child: humanities in modern medical education. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine* (2019) 14:1
14. Bascuñan ML y col. La comunicación de "malas noticias" en salud. *Rev Med Clin Condes*. 2013; 24(4) 685-693
15. Fallowfield L. y col. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet*. 2004; 363(9405):312-9
16. Salinsky J. y col. *What are you feeling doctor?* 2000; UK, Abingdon, Oxon: Radcliffe Medical press

### Datos de Autor

#### Título

Evaluación del impacto de una intervención educativa en comunicación para médicos residentes de un hospital pediátrico

#### Autores:

Yazde Puleio María L(1), Alonso M Jimena(1), Otero Miriam(1), Aprea Valeria(1)

<sup>(1)</sup> Hospital General de Niños Pedro de Elizalde, Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos

Autor responsable: María L Yazde Puleio

Montes de Oca 40, C1270AAN, CABA.

Teléfono: 114 363 2100 Interno 6210 / 11 6 166 7181

[pequeyazde@gmail.com](mailto:pequeyazde@gmail.com); [mariayazde@gmail.com](mailto:mariayazde@gmail.com)

Afiliación: (1) Servicio de Cuidados Paliativos y Centro de Simulación Clínica. Hospital General de Niños Pedro de Elizalde. Dirección Montes de Oca 40, Ciudad de Buenos Aires. 4363-2100 Interno 6210

Aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde. Dictamen 22 de Agosto de 2022. Registro Protocolos de Investigación Ciudad de Buenos Aires. Código de registro: 7771

Autoría: María L Yazde Puleio ([pequeyazde@gmail.com](mailto:pequeyazde@gmail.com)) participó del diseño del estudio, recolección y análisis de datos así como de la redacción del manuscrito, Alonso M Jimena ([mjimenaalonso@gmail.com](mailto:mjimenaalonso@gmail.com)) participó de la recolección y análisis de datos así como de la redacción del manuscrito, Otero Miriam ([miriotero2017@gmail.com](mailto:miriotero2017@gmail.com)) participó de la recolección y análisis de datos así como de la redacción del manuscrito, Valeria Aprea ([valeriaaprea37@gmail.com](mailto:valeriaaprea37@gmail.com)) participó del diseño del estudio y de la revisión crítica del manuscrito. Todos los autores aprobaron la versión final del manuscrito y son responsables de todos sus aspectos.