



ORIGINAL

Evaluación de la efectividad de la versión en español de un curso de comunicación de malas noticias



Hector Shibao Miyasato^a, Soledad Armijo Rivera^b, Guiliana Mas Ubillús^{a,*},
Silvana Sarabia Arce^a y Elaine C. Meyer^c

^a Centro de Simulación Clínica, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú

^b Núcleo de Simulación Interdisciplinaria, Facultad de Medicina, Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

^c Boston Children's Hospital and Center for Bioethics, Harvard Medical School, Boston, MA, Estados Unidos

Recibido el 7 de septiembre de 2020; aceptado el 11 de diciembre de 2020

Disponibile en Internet el 19 de enero de 2021

PALABRAS CLAVE

Comunicación;
Malas noticias;
Simulación;
Paciente simulado

Resumen

Introducción: La comunicación de los profesionales de salud se asocia a mejores resultados en pacientes. El Programa para Mejorar las Habilidades Relacionales y de Comunicación (*Program to Enhance Relational and Communication Skills* [PERCS]) ha sido adaptado a otras culturas. El objetivo de este estudio es describir la efectividad de la versión en español del programa PERCS, desde la perspectiva de los participantes, al término y a los 6 meses del curso.

Métodos: Se realizó un proceso de adaptación cultural y epidemiológica del programa PERCS a la realidad de Perú. Para evaluar el impacto educacional del programa se utilizó una aproximación cualitativa y cuantitativa.

Resultados: Participaron voluntariamente 39 profesionales. Los participantes consideraron que era más difícil comunicar diagnósticos ominosos (48,15%). La ansiedad es la emoción más frecuente al enfrentar comunicaciones difíciles (77,78%). El 92% declararon que el curso mejoró su preparación y el 88,9% que redujo su ansiedad. A los 6 meses los participantes reconocieron la importancia de la honestidad y la empatía, así como algunas etapas para conducir la entrevista centrada en el paciente.

Discusión: Un programa intensivo de entrenamiento en comunicación difícil puede ser adaptado al español e impactar positivamente en las habilidades, la autoconfianza y la autopercepción de aprendizaje en profesionales peruanos, en relación con la promoción de la comunicación enfocada en las necesidades del paciente y su familia.

© 2020 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: guiliana.mas.u@upch.pe (G. Mas Ubillús).

KEYWORDS

Communication;
Bad news;
Simulation training;
Patient simulation

Evaluation of the effectiveness of the Spanish version of a Communication of Bad News Course

Abstract

Introduction: Good communication by health professionals is associated with better patient outcomes. The Program to Enhance Relational and Communication Skills (PERCS) has been adapted to other cultures. The objective of this study is to describe the effectiveness of the Spanish version of the PERCS program, from the perspective of the participants, at the end of the course and 6 months after the course.

Methods: A process of cultural and epidemiological adaptation of the PERCS program to the reality of Peru was carried out. A qualitative and quantitative approach was used to evaluate the educational impact of the program.

Results: Thirty-nine professionals participated voluntarily. Participants found it more difficult to communicate ominous diagnoses (48.15%). Anxiety is the most frequent emotion when faced with difficult communications (77.78%). Almost all (92%) stated that the course improved their preparation, and 88.9% that it reduced their anxiety. At 6 months, participants recognised the importance of honesty and empathy, as well as some steps in conducting the patient-centred interview.

Discussion: An intensive training program in difficult communication can be adapted to Spanish, and positively impact the skills, self-confidence, and self-perception of learning in Peruvian professionals, in relation to promoting communication focused on the needs of the patient and family.

© 2020 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Los profesionales de salud son responsables de comunicarse con el paciente y su familia, considerando y respetando su perspectiva. Las habilidades de comunicación se asocian con mejores resultados clínicos en diversos contextos de la atención de salud¹⁻⁴.

Una revisión reciente concluye que educar al profesional de salud en técnicas de comunicación es un medio eficaz para mejorar el compromiso y la participación de los pacientes en su cuidado⁵. A lo largo de la formación de estudiantes de medicina, el modelaje disminuye el cuidado centrado en el paciente⁶. Hay escasas evidencias sobre la forma de capacitar o evaluar las habilidades de comunicación con los pacientes en países de ingresos bajos y medianos⁷.

Las malas noticias pueden definirse como «cualquier información que afecte de manera adversa y grave a la visión de un individuo sobre su futuro»⁸. Son subjetivas y reflejan la perspectiva y la experiencia del paciente.

La comunicación de malas noticias y errores médicos genera sentimientos de gran responsabilidad entre el personal sanitario⁹. Se aconseja coherencia y honestidad para comunicar malas noticias inesperadas¹⁰. La importancia de las palabras y de las expresiones usadas al comunicarse es mayor cuando los pacientes no están preparados y esperan resultados positivos¹¹.

Las intervenciones educativas son eficaces para que médicos, estudiantes de medicina y pasantes/residentes mejoren sus aptitudes de comunicación y su confianza al compartir noticias malas o difíciles¹².

Una forma de enseñanza es el protocolo SPIKES⁹, que se centra en cuatro objetivos principales: reunir información del paciente, transmitir información médica, prestar apoyo

al paciente y obtener su colaboración en la elaboración de una estrategia o plan.

El Programa para Mejorar las Habilidades Relacionales y de Comunicación (*Program to Enhance Relational and Communication Skills* [PERCS])¹³ utiliza un enfoque alternativo y logra mejorar la preparación, las habilidades de comunicación, la confianza y la capacidad de establecer relaciones, y disminuye la ansiedad de los participantes frente a conversaciones difíciles¹⁴. Ha sido exitosamente adaptado a la cultura de Italia¹⁵.

El objetivo de este estudio es describir la adaptación cultural y la implementación del programa en Perú y evaluar su eficacia desde la perspectiva de los alumnos, inmediatamente después y a los 6 meses del curso.

Material y métodos

El proceso de adaptación cultural y epidemiológica fue realizado por dos internistas, un cirujano, dos médicos generales, un psiquiatra, un médico nuclear y un fundador del método. Los escenarios abordaron objetivos de comunicación y habilidades relacionales relevantes sobre la enfermedad que amenaza la vida de un niño, la enfermedad grave de un paciente adulto, la muerte inesperada y el error médico.

La convocatoria se realizó por correo electrónico, difusión abierta en la página web del programa, en sociedades académicas y de simulación de América Latina, y en redes sociales.

En octubre de 2018 se implementó un curso de cuatro jornadas. En las mañanas se presentaron los temas del día y en las tardes se realizaron sesiones de simulación y *debriefing* y creación de casos de simulación en grupos pequeños.

El impacto educacional se evaluó mediante un diseño pre y postintervención, con instrumentos cuantitativos y cualitativos. Previo al curso se aplicó un cuestionario sociodemográfico, con preguntas abiertas sobre temas de comunicación difíciles para los participantes, una escala Likert de las emociones más relevantes para ellos y otra para la autopercepción de la eficacia en la preparación para el encuentro con el paciente y su familia, las habilidades de comunicación, la confianza y la ansiedad al enfrentar una conversación difícil. Este último Likert se utilizó posterior al curso, agregando una pregunta abierta sobre la calidad del mismo. Seis meses después se envió por mail un cuestionario sobre la autopercepción de la utilidad del programa, solicitando un ejemplo de transferencia a práctica de las lecciones aprendidas.

Los datos sociodemográficos y las respuestas sobre el impacto percibido del programa se analizaron con estadísticas descriptivas. Cuando los datos presentaron una distribución normal, se realizó la prueba T para muestras pareadas, usando el programa SPSS. Dos investigadores realizaron un proceso de microanálisis mediante codificación abierta de los comentarios recogidos a 6 meses. Las categorías emergentes de análisis de texto fueron interpretadas para identificar los fenómenos que representan. Se utilizaron los procedimientos de codificación abierta de Strauss y Corbin¹⁶.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (Registro 104554).

Resultados

Participaron 39 profesionales (médicos, enfermeras, dentistas, kinesiólogos, abogados, nutricionistas y fonoaudiólogos). El 71,79% eran mujeres y médicos; 27 participantes (69,2%) llenaron completamente los cuestionarios previos y posteriores.

Las situaciones que los participantes consideran más difíciles de comunicar son los diagnósticos difíciles (48,15%). Los errores médicos constituyen el 11,11% de las respuestas. Entre las emociones que los participantes experimentan, la ansiedad fue la más frecuente (77,78%); le siguen el miedo y la tristeza (40,74 y 33,33%, respectivamente).

El 92% consideran que la capacitación mejoró su preparación, y el 100% que mejoró sus habilidades de comunicación, su sentido de confianza para participar en conversaciones difíciles y su capacidad para establecer relaciones con los pacientes y sus familias. El 88,9% informaron que el programa redujo su ansiedad ante conversaciones difíciles (tabla 1)

La empatía (40,74%), el trabajo en equipo (37,04%) y la honestidad (33,33%) fueron reconocidos como los principales elementos para llevar a casa posterior al curso. Los participantes reconocen una mejora en su sensación de preparación, comunicación, relación y confianza y disminución de la ansiedad, lo que fue significativo en las dimensiones de preparación y comunicación para el grupo total y para el subgrupo de médicos (tabla 2).

La tasa de respuesta a la encuesta de 6 meses fue del 89%. El 97% de los respondedores informaron que se habían inspirado en lo aprendido en el curso, el 90,9% informaron que habían aplicado en su práctica clínica lo aprendido (tabla 2) y reportaron hacer uso de recursos necesarios para establecer una comunicación efectiva (honestidad y empatía), además de algunos pasos para realizar una entrevista centrada en el paciente (tabla 3).

Discusión

En América Latina existen reportes de programas de formación en habilidades de comunicación para conversaciones difíciles^{9,12,17}. En Perú no hay reportes previos al curso PERCS.

Tabla 1 Impacto inmediato y a 6 meses del aprendizaje percibido en el programa (n = 27)

	Sí n (%)	No n (%)
<i>Evaluación inmediata post curso</i>		
¿El taller ha mejorado su sentido de preparación para entablar discusiones difíciles con los pacientes y sus familias?	25 (92,6%)	2 (7,4%)
¿El taller ha mejorado su capacidad de comunicación para entablar conversaciones difíciles con los pacientes y sus familias?	27 (100%)	0 (0,0%)
¿El taller ha mejorado su capacidad para desarrollar y mantener relaciones con los pacientes y sus familias?	27 (100%)	0 (0,0%)
¿El taller ha mejorado su sentido de la confianza al participar en discusiones difíciles con los pacientes y sus familias?	27 (100%)	0 (0,0%)
¿El taller ha reducido su sensación de ansiedad al entablar discusiones difíciles con los pacientes y sus familias?	24 (88,9%)	3 (11,1%)
<i>Evaluación a 6 meses post curso</i>		
¿Te has encontrado utilizando sobre lo que aprendiste en el programa?	32 (97%)	1 (3%)
¿Ha hecho algún cambio en su práctica basado en lo que ha aprendido?	31 (93,9%)	2 (6,1%)
¿Ha tenido la oportunidad de usar lo que aprendió en el programa en su cuidado clínico?	30 (90,9%)	3 (9,1%)

Tabla 2 Impacto del programa en el sentido de la preparación de los participantes, las habilidades de comunicación, la capacidad de desarrollar y mantener relaciones, la confianza y la ansiedad, por disciplinas (n = 27)

Dimensiones	Disciplina	Pre-curso		Post-curso		Prueba T para muestras pareadas		Intervalo de confianza 95%	
		Promedio	(DE)	Promedio	(DE)	t	p		
Preparación	Total	3,15	(0,602)	4,07	(0,474)	-7,816	0,000	-1,169	-0,682
	Dentistas	3,25	(0,500)	4,00	(0,816)	-3,000	0,058	-1,546	0,046
	Médicos	3,11	(0,658)	4,05	(0,405)	-6,647	0,000	-1,247	-0,648
	Otros	3,25	(0,500)	4,25	(0,500)	-2,449	0,092	-2,299	0,299
Comunicación	Total	3,37	(0,688)	4,07	(0,385)	-6,008	0,000	-0,944	-0,463
	Dentistas	3,50	(0,577)	4,25	(0,500)	-3,000	0,058	-1,546	0,046
	Médicos	3,26	(0,653)	4,00	(0,333)	-5,715	0,000	-1,008	-0,466
	Otros	3,75	(0,957)	4,25	(0,500)	-1,000	0,391	-2,091	1,091
Relaciones	Total	3,85	(0,662)	4,15	(0,456)	-2,302	0,030	-0,561	-0,032
	Dentistas	3,50	(0,577)	4,25	(0,500)	-1,567	0,215	-2,273	0,773
	Médicos	3,74	(0,562)	4,11	(0,459)	-3,240	0,005	-0,607	-0,130
	Otros	4,75	(0,500)	4,25	(0,500)	1,732	0,182	-0,419	1,419
Confianza	Total	3,37	(0,688)	3,96	(0,587)	-4,438	0,000	-0,867	-0,318
	Dentistas	3,25	(0,500)	4,00	(0,816)	-3,000	0,058	-1,546	0,046
	Médicos	3,26	(0,653)	3,89	(0,567)	-4,025	0,001	-0,961	-0,302
	Otros	4,00	(0,816)	4,25	(0,500)	-0,522	0,638	-1,773	1,273
Ansiedad	Total	3,04	(0,898)	2,37	(0,839)	3,766	0,001	0,303	1,031
	Dentistas	3,00	(0,816)	2,25	(0,957)	1,567	0,215	-0,773	2,273
	Médicos	3,16	(0,958)	2,42	(0,692)	3,441	0,003	0,287	1,187
	Otros	2,50	(0,577)	2,25	(1,500)	0,522	0,638	-1,273	1,773

La alta participación de médicos puede deberse a que la reunión fue organizada por una Facultad de Medicina que no incluye otras carreras, pero también podría reflejar el hecho de que en el Perú la entrega de malas noticias a los pacientes y sus familias no se comparte con otros miembros del equipo de salud.

Al igual que en la adaptación italiana del PERCS, la mayoría de los participantes en este curso fueron mujeres. Esta situación no representa la realidad sanitaria del Perú, donde cerca del 60% de los médicos en 2018 eran hombres¹⁸.

Entre los temas que generaron más dificultades a los participantes antes del taller se encontraban los relacionados con la entrega de información negativa y desafiante sobre las enfermedades del paciente, que se consideraron mucho más relevantes que los errores médicos. Este hecho contrasta con un reciente reporte en la literatura que describe que solo el 18% de los profesionales de servicios clínicos en la ciudad de Lima consideran que su unidad u hospital tiene un excelente nivel de seguridad del paciente¹⁹. Sin embargo, los hallazgos pueden reflejar la realidad de que los proveedores de salud no participan regularmente en conversaciones de disculpa y comunicación de error médico, sino que dentro del hospital solo los médicos son responsables de esas conversaciones particulares.

De manera similar a lo que se ha reportado en los cursos PERCS en Estados Unidos e Italia, la percepción del aprendizaje es alta en todas sus dimensiones, lo que parece representar que para el grupo de médicos que participan en el curso esta actividad se valora culturalmente en la forma en que se llevó a cabo.

Tanto en la medición inmediata como en la evaluación al sexto mes de la intervención, la empatía y la honestidad se configuran como elementos centrales entre las principales lecciones del curso.

La evaluación de 6 meses revela que, como resultado del taller, un número importante de participantes perfeccionaron sus prácticas clínicas centrándose en las necesidades del paciente y la familia, lo que parece ser un aprendizaje adicional, ya que no apareció como un elemento relevante en la evaluación anterior ni fue tan dominante en la evaluación inmediata.

Aunque el autorreporte de aprendizaje inmediato es útil para interpretar los posibles cambios en los participantes como un producto del taller, puede ser beneficioso incorporar medidas objetivas de evaluación de la comunicación como se hace en otros cursos²⁰, incluso considerando principios de la práctica deliberada, incluyendo puntuaciones definidas para identificar a los sujetos que aprueban o reprueban el programa²¹.

El análisis de los ejemplos comunicados por los propios participantes es una medida de transferencia indirecta que no se reporta en el análisis de impacto de muchos otros programas^{13-16,19,20}.

A pesar de estas limitaciones, nuestros hallazgos demuestran que un programa intensivo de entrenamiento en comunicación difícil puede impactar positivamente el nivel de habilidad, la autoconfianza y la autopercepción de aprendizaje en los profesionales de la salud peruanos, lo cual constituye un primer paso en el desarrollo de la capacitación interprofesional para promover la comunicación enfocada en las necesidades del paciente y las familias.

Tabla 3 Seguimiento del sexto mes. Análisis cualitativo de ejemplos de transferencia a prácticas clínicas

Dimensión	Elemento	n	%	Citas
Recursos para establecer una comunicación efectiva	Empatía	10	43,48	p5 «...de la misma manera el hecho de que reconozca las emociones e identifique la razón de ellas me hace practicar la empatía de una manera más consciente» p6 «...poniéndote en el lugar del paciente»
	Honestidad en la comunicación	2	8,7	p3 «...respuestas honestas con mis pacientes y familiares»
	Capacidad de escucha activa	6	26,09	p10 «Aprendí a escuchar» p23 «La escuché»
	Hacer y respetar los silencios	3	13,04	p2 «El curso también me entrenó para hacer silencios» p10 «...y respetar los silencios»
	Uso de un lenguaje verbal apropiado para el paciente	1	4,35	p2 «...pude mejorar, por ejemplo, cuando tengo que explicar con "palabras claras"»
	Explicación correcta a los pacientes y a la familia	3	13,04	p21 «Le hago entender que el doctor solo aconseja de acuerdo a su vasto conocimiento y experiencia» p32 «La familia fue informada diariamente sobre su estado clínico, incluso fuera del horario programado, para que aliviemos su carga emocional»
	Entrega de información adecuada	2	8,7	p16 «La información adecuada que se da a los pacientes y a sus familias es la piedra angular del proceso de atención»
Enfrentando una situación difícil	Planificación y uso de pasos de comunicación efectivos (establecer un espacio privado, presentarse, preguntar lo que saben, verificar lo que entienden)	1	4,35	p19 «Antes de entregar cualquier noticia a la familia del paciente trato de hacerlo en el lugar más privado posible, me presento y pregunto qué saben ellos sobre el diagnóstico del paciente, verifico si han entendido la información de la noticia dada y repito que estamos aquí para ayudar y que si tienen más dudas que seguiré hablando con ellos»
	Capacidad para manejar mejor la situación difícil	6	26,09	p1 «seríamos capaces de manejar mejor la situación» p13 «...y estamos comenzando a explorar el comportamiento de los médicos al tener estas situaciones»
	Emociones en situaciones difíciles	4	17,39	p23 «...También dije que no podía cambiar las cosas pero que era capaz de hacer este día menos difícil» p33 «Podría dar la noticia a la familia del paciente con un mal pronóstico de la enfermedad, mostrando empatía y respeto con las emociones y decisiones de la familia»
Aplicación o transferencia a la práctica	Aplicación en el trabajo clínico	12	52,17	p16 «Soy especialista en medicina intensiva (UCI) y en mi práctica diaria tengo la oportunidad de aplicar lo aprendido en este interesante curso de dar malas noticias» p24 «En algunos casos tuve que decirle a los padres que sus hijos tenían cáncer, así que haciendo uso de las técnicas que aprendí en el curso»

Tabla 3 (continuación)

Dimensión	Elemento	n	%	Citas
Enfoque de la comunicación	Satisfacción con lo que se ha aprendido	3	13,04	p13 «Ha sido una experiencia conmovedora»
	Aplicación en el trabajo académico	2	8,7	p16 «Muchas gracias por las excelentes lecciones» p7 «Por otro lado, estoy coordinando un curso de comunicación para los residentes médicos impartido por la escuela de posgrado de la facultad de medicina»
	Consecuencias jurídicas y administrativas	1	4,35	p21 «No obstante, el paciente tiene derecho a tomar otra opción, pero está obligado a firmar y poner su huella digital sobre su decisión final. Se logra y el paciente se va en paz, pero nunca feliz»
	Centrarse en las necesidades del paciente	10	43,48	p14 «...nos quedamos con él y resolvimos sus dudas»
	Enfoque en la relación con la familia	7	30,43	p27 «...me ha hecho entender sus necesidades» p7 «He estado aplicando lo que aprendí con mis pacientes y sus familias en la práctica clínica»
	Centrarse en la relación con el paciente	6	26,09	p14 «...fuimos capaces de explicar la situación al miembro de la familia» p5 «He aplicado la escucha activa en más ocasiones con mis pacientes y familiares»
	Mostrar disposición a apoyar	2	8,7	p 27 «...me había permitido acercarme más a las familias» p19 «Repito que estamos aquí para ayudar y que si tienen más dudas, seguiré hablando con ellos»
Trabajo en equipo	Trabajo en equipo	6	26,09	p7 «Había apoyado a los colegas cuando tenían y comunicaban malas noticias» p33 «Mantener una buena relación dentro del equipo médico»

Agradecimientos

Los autores quieren agradecer a Alberto Guerra, Alexandra Elbers, Angélica García, Edda Echeandía, Eduardo León, Nadir Ayrad, Giuliana Silva por su colaboración en la implementación del programa PERCS, y a los participantes.

Financiación

Este trabajo fue financiado parcialmente por la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.edumed.2020.12.002](https://doi.org/10.1016/j.edumed.2020.12.002).

Bibliografía

- Christie D, Glew S. A clinical review of communication training for haematologists and haemato-oncologists: A case of art versus science. *Br J Haematol*. 2017;178:11–9, <http://dx.doi.org/10.1111/bjh.14606>.
- Fritzen K, Stautner C, Schnell O. Patient-centred care in diabetes mellitus — Key aspects of PDM-ProValue are reflected in the 2018 ADA/EASD consensus report. *Diabetes Res Clin Pract*. 2019;158:107897, <http://dx.doi.org/10.1016/j.diabres.2019.107897>.
- Olding M, McMillan SE, Reeves S, Schmitt MH, Puntillo K, Kitto S. Patient and family involvement in adult critical and intensive care settings: A scoping review. *Health Expect*. 2016;19:1183–202, <http://dx.doi.org/10.1111/hex.12402>.
- Bucknall TK, Hutchinson AM, Botti M, McTier L, Rawson H, Hitch D, et al. Engaging patients and families in communication across transitions of care: An integrative review. *Patient Educ Couns*. 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2020.01.017>.
- Dolan H, Li M, Trevena L. Interventions to improve participation in health-care decisions in non-Western countries: A systematic review and narrative synthesis. *Health Expect*. 2019;22:894–906, <http://dx.doi.org/10.1111/hex.12933>.
- Wilcox MV, Orlando MS, Rand CS, Record J, Christmas C, Ziegelstein RC, et al. Medical students' perceptions of the patient-centredness of the learning environment. *Perspect Med Educ*. 2017;6:44–50, <http://dx.doi.org/10.1007/s40037-016-0317-x>.
- Scott J, Revera Morales D, McRitchie A, Riviello R, Smink D, Yule S. Non-technical skills and healthcare provision in low- and middle-income countries: A systematic review. *Med Educ*. 2016;50:441–55, <http://dx.doi.org/10.1111/medu.12939>.
- Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES — A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5:302–11.
- Bascuñán M, Arriagada A. Comunicación de errores médicos a pacientes y familiares: interrogantes y herramientas. *Rev Med Chil*. 2016;144:1185–90, <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000900013>.
- Abdul Hafidz MI, Zainudin LD. Breaking Bad News: An essential skill for doctors. *Med J Malaysia*. 2016;71:26–7.
- Old J. Communicating bad news to your patients. *Fam Pract Manag*. 2011;18:31–5.
- Johnson J, Panagioti M. Interventions to improve the breaking of bad or difficult news by physicians, medical students, and interns/residents: A systematic review and meta-analysis. *Acad Med*. 2018;93:1400–12, <http://dx.doi.org/10.1097/ACM.0000000000002308>.
- Browning D, Meyer EC, Truog R, Solomon M. Difficult conversations in health care: cultivating relational learning to address the hidden curriculum. *Acad Med*. 2007;82:905–13.
- Meyer EC, Sellers DE, Browning DM, McGuffie K, Solomon MZ, Truog RD. Difficult conversations: Improving communication skills and relational abilities in health care. *Pediatr Crit Care Med*. 2009;10:352–9, <http://dx.doi.org/10.1097/PCC.0b013e3181a3183a>.
- Lamiani G, Meyer EC, Leone D, Vegni E, Browning D, Rider E, et al. Cross-cultural adaptation of an innovative approach to learning about difficult conversations in healthcare. *Med Teach*. 2011;33:e57–64.
- Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. [Bases of qualitative research. Techniques and procedures to develop grounded theory]. Editorial Universidad de Antioquia; 2002, <https://diversidadlocal.files.wordpress.com/2012/09/bases-investigacion-cualitativa.pdf>.
- Rebello C, Marchetti MA, LEMONICA L, Moreira de Barros GA. The P-A-C-I-E-N-T-E Protocol: An instrument for breaking bad news adapted to the Brazilian medical reality. *Rev Assoc Med Bras*. 2017;63:43–9.
- Ministerio de Salud, Dirección General de Personal de Salud. Observatorio de recursos Humanos en Salud. Compendio estadístico: información de recursos humanos del sector salud. Perú 2013-2018. p. 244. Disponible en: <https://drive.minsa.gob.pe/s/zFhr96qtiefRjLG#pdfviewer>.
- Arrieta A, Suárez G, Hakim G. Assessment of patient safety culture in private and public hospitals in Peru. *Int J Qual Health Care*. 2018;30:186–91, <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzx165>.
- Saeed L, Sanchez I, Botto N, Ellis C, Stratman E, Thompson J. A simulation-based workshop to improve dermatologists' communication skills: A pilot for continuing medical education. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2019;9:179–84.
- Vermeylen J, Wood G, Cohen E, Barsuk J, McGaghie W, Wayne D. Development of a simulation-based mastery learning curriculum for breaking bad news. *J Pain Symptom Manage*. 2019;57:682–7.