

Entrega de malas noticias: emociones experimentadas por internos de obstetricia en un escenario clínico simulado

Breaking bad news: emotions experienced by midwifery students in a simulated clinical scenario

Sandra Aramburú-Carvacho¹ Natalia San Martín² Nebenka Lombardic³ Pia Rodríguez-Garrido⁴ Manuel Ortiz-Llorens⁵

¹ Matrona. Escuela de Obstetricia y Neonatología. Facultad de Salud y Odontología. Universidad Diego Portales. Chile. ² Matrona, Escuela de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Santiago de Chile, Santiago, Chile. ³ Matrona. Centro de Simulación Clínica. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad Mayor. Chile. ⁴ Matrona, Investigadora Postdoctoral del Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad de O'Higgins, Chile. Grupo de Estudios: Dona, Salut i Ètica, Universidad de Barcelona, España. Laboratório de Estudos Sociais sobre o Nascimento, Instituto Universitário de Lisboa, Portugal. ⁵ Matrona, Escuela de Obstetricia, Facultad de Ciencias para el Cuidado de la Salud, Universidad San Sebastián, Santiago, Chile. Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina y Ciencias, Universidad Mayor, Santiago, Chile.

Aramburú-Carvacho S, San Martín N, Lombardic N, Rodríguez-Garrido P, Ortiz-Llorens M. Entrega de malas noticias: emociones experimentadas por internos de obstetricia en un escenario clínico simulado. *Matronas Prof.* 2023; vol 24(2).

Resumen

ES EN

Objetivo: Identificar y analizar la respuesta emocional de un grupo de internos de Obstetricia durante el desarrollo de un escenario clínico simulado de entrega de malas noticias en salud.

Métodos: Estudio cualitativo con enfoque fenomenológico en el que participaron 21 estudiantes de último año de la carrera de Obstetricia de la Universidad Mayor de Santiago de Chile durante el año 2019. Posteriormente a la simulación clínica con paciente estandarizado se realizaron cuestionarios y entrevistas semiestructuradas, que fueron analizados mediante Análisis Temático Cualitativo.

Resultados: Emergieron una categoría central (Emociones experimentadas durante el proceso) y cuatro subcategorías (Autopercepción de emociones en el ejercicio simulado; Emociones y malestar ante la entrega de malas noticias en salud; Sentimientos encontrados y su afección en el desempeño de la actividad; y Gestión y estrategias para la entrega de malas noticias en salud). El miedo y la ansiedad fueron las emociones más referidas, vinculadas principalmente al desconocimiento sobre la posible respuesta del paciente. La tristeza y la empatía se relacionaron con experiencias propias. Las manifestaciones físicas de la emoción pueden tornarse intensas, pudiendo desorganizar y/o bloquear el desempeño. Por último, la principal estrategia de respuesta utilizada por los estudiantes fue la represión de sus propias emociones.

Conclusiones: La simulación clínica de alta fidelidad con paciente estandarizado es una herramienta muy útil para el desarrollo de competencias de entrega de malas noticias en salud. Abogamos por incorporar la educación emocional en la formación de matronas y matrones.

Fecha de recepción: 13/2/2023

Fecha de aceptación: 6/7/2023

Correspondencia: Manuel Ortiz-Llorens. Email: manuel.ortiz@uss.cl

INTRODUCCIÓN

MÉTODOS

RESULTADOS

DISCUSIÓN

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

La entrega de malas noticias en salud (EMN) se define como «una situación donde hay un sentimiento de no esperanza, una amenaza al bienestar mental o físico de la persona, riesgo de alterar un estilo de vida establecido, o donde el mensaje entregado transmite pocas opciones de vida»¹. Es decir, no solo tiene un importante impacto emocional en quienes reciben la información, sino también en quienes la entregan.

El mecanismo utilizado para comunicar una mala noticia en salud se torna fundamental, pues puede aumentar el malestar subjetivo en la persona afectada. Cuando estas noticias se entregan con falta de sensibilidad e información, pueden acentuar el malestar psicoemocional del receptor, generando graves consecuencias en su salud física, mental y emocional².

Tal es la responsabilidad para quien entrega una mala noticia, que se tiende a rehuir, evitar o delegar, pues representa un evento altamente estresante para el profesional, quien experimenta ansiedad y miedo por la posible respuesta de quien la recibe, por no poder responder todas sus inquietudes y por la expresión de sus propias emociones³.

El modelo biomédico, predominante en el siglo XIX y que persiste hasta la actualidad, sustenta su ideología en la pretensión de neutralidad, objetividad y pragmatismo. Por ende, cualquier intento de emocionalidad que interpele su quehacer se ve altamente cuestionado y sujeto al escrutinio científico de veracidad⁴. Por ello, existen expectativas sobre el rol del profesional, quien debe lograr ayudar a los necesitados, saber manejar todo tipo de situaciones y suprimir sus emociones con el fin de mantener el semblante externo, o bien solo expresar las impuestas por normas organizacionales y que muchas veces no representan su verdadero sentir⁵. Esta situación es paradójica, pues la emoción se considera esencial para el desarrollo de relaciones efectivas con el paciente para brindar cuidados, en especial cuando se trabaja en situaciones angustiosas⁶.

Actualmente, la formación del área médica se sigue basando en la enseñanza y formación de competencias centradas en lo intelectual, existiendo un insuficiente desarrollo de habilidades para la expresión y regulación de las emociones⁷. De allí surge la necesidad de revisar los proyectos educativos, para corregir e incorporar asignaturas que tengan como eje central de su desarrollo el manejo de las emociones⁸.

La educación emocional se entiende como un curso de aprendizaje y transformación en primera persona, que requiere la exploración de las propias emociones, identificando los mecanismos estereotipados de respuesta. Con ello se podrán reconocer las emociones de otros, posibilitando la comprensión e interacción con ellas⁹.

El entrenamiento en EMN es una instancia idónea para abordar la educación emocional; sin embargo, se observan pocas instancias educativas en las carreras de salud que afronten esta temática².

La simulación clínica (SC), definida como una técnica que evoca o replica aspectos sustanciales del mundo real de una manera interactiva, es una de las didácticas que permite el abordaje de la educación emocional. Dentro de las alternativas que se utilizan en SC, el uso de pacientes simulados (actores entrenados) favorece el entrenamiento y la evaluación de habilidades complejas, como las técnicas de entrevista, comunicación y relaciones interpersonales bajo condiciones controladas¹⁰.

Existen estudios que han utilizado la SC en EMN con paciente estandarizado, comunicando excelentes resultados como método para fortalecer la autoconfianza de las y los estudiantes¹¹, facilitando la identificación de sus propias dificultades y la comprensión del significado de su comportamiento y emociones².

Las investigaciones relacionadas con la educación emocional en carreras de salud han abordado diversas temáticas, entre ellas la influencia de las competencias emocionales en el manejo de situaciones clínicas y experiencias tras la incorporación de educación emocional con distintas metodologías¹².

Más allá de las situaciones propias de la disciplina, el contexto sanitario genera permanentemente instancias de EMN. Un ejemplo es el incremento en la confirmación diagnóstica de VIH en Chile durante la última década¹³, que ha revelado la importancia de entender cómo realizar la entrega de este tipo de resultados y de saber acompañar a las personas en el momento de informar de esta mala noticia.

El objetivo del estudio es identificar y analizar la respuesta emocional de internos de Obstetricia durante el desarrollo de un escenario clínico simulado de alta fidelidad sobre la entrega de un resultado VIH(+). La literatura disponible es limitada, por lo que se buscó establecer cuáles son sus principales manifestaciones físicas, qué efectos produce esta experiencia sobre el desempeño de su actividad, y cuáles son las estrategias y los mecanismos de respuesta que expresan ante el escenario.

MÉTODOS

Diseño del estudio

Estudio cualitativo descriptivo que utilizó elementos del paradigma fenomenológico para la comprensión del significado y la importancia de las percepciones y experiencias personales de las y los participantes desde una perspectiva situada, reflexiva y analítica del contexto de estudio¹⁴.

Participantes

La muestra incluyó estudiantes de último año de Obstetricia de la Universidad Mayor de Santiago de Chile durante el año 2019. Mediante muestreo por criterio y conveniencia, se convocó a estudiantes de Internado Urbano de Salud Primaria y Comunitaria, llegando a una muestra final de 21 informantes (95,2 % mujeres) después de la saturación de los datos.

El contexto de los estudiantes participantes corresponde a una carrera de Obstetricia de una universidad chilena, donde la temática de EMN se inicia de manera teórico-práctica en el cuarto año de formación (curso Matronería II - Atención Primaria de Salud), utilizando SC de mediana fidelidad (role playing). Luego, en el quinto año, se favorece el escalamiento de competencias mediante SC de alta fidelidad durante el Internado Urbano de Salud Primaria y Comunitaria. Es en este último nivel donde se desarrolla el presente estudio.

El escenario se denominó «Consejería post-test VIH(+)» y abordó la entrega de un resultado alterado a un paciente estandarizado en una consulta de atención primaria. Debido a las diversas reacciones que experimentan los pacientes durante la EMN, el actor simuló tres tipos de emociones (miedo, tristeza y rabia) según un guion estandarizado. La distribución de estudiantes según cada reacción estandarizada fue al azar.

La actividad incluyó tres guías educativas introductorias con sus respectivas pautas de cotejo:

- La Guía de SC del Estudiante, que entregó un resumen teórico de los protocolos de EMN y de Consejería Post Test VIH.
- La Guía de SC del Docente, que describió el escenario y las etapas de la corrida de la simulación.
- La Guía de SC del Paciente Estandarizado, que describió detalladamente el caso clínico y el guion para cada respuesta estandarizada.

Para socializar dichas guías y delimitar funciones, se realizaron reuniones de coordinación con el equipo docente de la asignatura y con el personal del Centro de Simulación. El día del paso práctico, todos los estudiantes participaron del brief de SC y luego fueron ingresando de manera individual en el escenario. Cada actividad tuvo una duración aproximada de 10 minutos por estudiante, quienes debían realizar la entrega del resultado del examen y la correspondiente consejería.

Aproximación

El equipo investigador estuvo compuesto por cuatro docentes de la Escuela de Obstetricia y por una docente del Centro de Simulación Clínica, quienes contaban con dominio en educación emocional, SC y métodos de investigación. En una reunión informativa de la asignatura, después de presentar el propósito y la metodología del estudio, se invitó a participar voluntariamente a las y los estudiantes, enfatizando en que esto no tendría efecto sobre sus calificaciones. Posteriormente, se envió una invitación personalizada vía mail, adjuntando el formulario de consentimiento informado para favorecer su lectura. El día de la actividad, antes del inicio, cada estudiante recibió el formulario impreso para su posterior firma.

Generación de la información

Se utilizaron cuestionarios y entrevistas semiestructuradas con preguntas sobre cuatro categorías de análisis teóricas, definidas según la evidencia disponible: 1) autopercepción, 2) manifestación física, 3) efecto sobre el desempeño y 4) mecanismo de respuesta del participante. La validación de estos instrumentos se realizó en dos fases: una validación de expertos, con participación de una profesional especialista en educación emocional y del director de una fundación chilena para el apoyo de personas que viven con VIH (dada la temática del escenario); y una validación de constructo, que evaluó la relevancia, la calidad y la comprensión de las preguntas mediante un piloto con cinco estudiantes del mismo nivel (no incluidos en la muestra).

Para evitar la interacción entre estudiantes, se contó con tres salas (preescenario, entrevistas y postescenario). En la sala preescenario cada estudiante esperó su turno para ingresar en el paso práctico. Tras completarlo, pasaba a la sala de entrevistas, ubicada a pasos del escenario y equipada con dos sillas, botellas de agua, pañuelos desechables y música ambiental. En primera instancia (a solas) se le daba el tiempo que estimara necesario para responder el cuestionario breve (impreso) y, cuando se sintiera en condiciones, se iniciaba la entrevista. Después, se dirigían a la sala postescenario, para el debriefing guiado por un docente de la asignatura, cuyo objetivo era netamente educativo para orientar y analizar los aspectos relevantes de la consejería VIH(+).

Todas las entrevistas, hechas en privado a puertas y cortinas cerradas, fueron guiadas por una especialista en educación emocional (miembro del equipo de investigación), quien regularmente no participaba en actividades académicas con estudiantes de último año. Se recopilaron 21 cuestionarios impresos e igual número de audios de entrevistas, con una duración promedio de 18 minutos, junto a registros de notas de campo.

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el Comité Ético Científico de la Universidad Mayor de Santiago de Chile, según consta en Registro de Acta de Aprobación n.º 148_2019. Se garantizó la confidencialidad durante todo el proceso, y se dispuso de apoyo psicológico a través de la Unidad de Apoyo Estudiantil de la carrera. Ningún estudiante lo solicitó.

Análisis de los datos

Los registros de cuestionarios, entrevistas y notas de campo fueron transcritos literalmente por personal externo. La información se dispuso en una matriz de análisis y durante todo el proceso se utilizó el programa informático Atlas Ti versión 8.4.5. El producto fue enviado a cada investigador para su lectura y búsqueda de estructura y significados, mediante la técnica de Análisis Temático Cualitativo¹⁵. La codificación inicial fue de manera individual y sistemática según pautas sugeridas por Braun y Clarke basadas en las categorías de análisis definidas teóricamente, dando espacio a categorías emergentes. Posteriormente, se consensuaron las categorías de análisis identificadas y se discutieron los hallazgos inconsistentes¹⁵.

RESULTADOS

A partir del análisis emergieron una categoría central, «Emociones experimentadas durante el proceso», y cuatro subcategorías, cuyos resultados se presentan en la **Figura 1**.

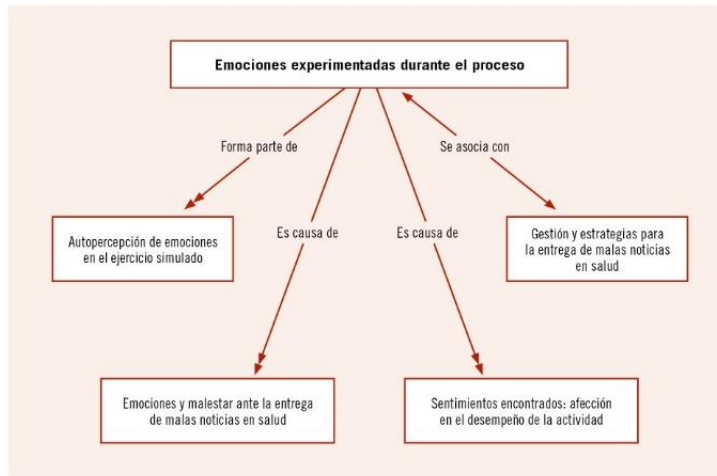


Figura 1. Categorías de análisis. (Fuente: elaboración propia extraída del software Atlas Ti versión 8.4.5)

1. Emociones experimentadas durante el proceso

Las emociones se tornaron el eje central de la EMN respecto de la transferencia de un resultado VIH(+) hacia los pacientes. El escenario permitió desvelar la fragilidad emocional a la cual están expuestos las y los estudiantes en el ámbito clínico.

1.1. Autopercepción de emociones durante el ejercicio simulado

Se consultó a las y los estudiantes si habían percibido en sí mismos alguna emoción durante la actividad simulada, si esta emoción era grata o no grata, y si podían nombrarla. Refirieron haber sentido múltiples emociones, mezcladas y de diferente intensidad. Las más frecuentes fueron no gratas, entre ellas miedo, nerviosismo, ansiedad y angustia, relacionadas con el desconocimiento sobre la respuesta que tendría la persona al conocer el resultado del examen. La sensación no grata apareció tempranamente, tal como lo describe esta estudiante: «Estaba con pánico, estaba aterrada de decirle» (G113R).

Otra emoción reiterada fue la tristeza, asociada a recuerdos de eventos pasados de sus propias vidas, o al situarse ficticiamente como receptores de la mala noticia. Unas participante señalaron: «Me trajo el recuerdo de lo que fue cuando yo estuve en esa situación, y eso me generó mucha pena» (G416T); «Me sentía como si yo estuviera abriendo el examen y me saliera positivo [...] sentía igual, como mucha pena» (G212T).

Algunos estudiantes percibieron emociones gratas, después de la EMN, vinculadas con la percepción de su propia habilidad para entregar información y mantener una comunicación fluida con el paciente. Así lo describe un participante: «Lo grato, entre comillas, fue que me sentí tranquila, pero por estar aclarando dudas de él» (G114M).

Otra emoción identificada durante la entrevista fue la empatía, tal como lo señala esta estudiante: «Obviamente fueron [emociones] no gratas, porque era como sentir pena o empatía por la persona» (G314M). Esta emoción es primordial en el ámbito clínico, sobre todo considerando que el trabajo diario conlleva complejas situaciones en las que los profesionales de salud deben ser empáticos, considerando siempre el bienestar del paciente y de su familia.

1.2. Emociones y malestar ante la EMN

Se preguntó a los estudiantes si habían sentido alguna manifestación física relacionada con las emociones experimentadas. Refirieron sentir manifestaciones variadas e intensas, y las más frecuentes fueron descritas como tensión corporal, incluyendo la sensación de nudo en la garganta, tensión en el pecho, cuerpo rígido, abdomen apretado, manos empuñadas, piernas cruzadas y tensión en los hombros, como ilustra el siguiente relato: «Se me forma ese típico nudo en la garganta [...] se me aprieta demasiado el pecho y [...] dan ganas de llorar» (G111M).

Otras manifestaciones físicas que indicaron fueron el temblor de manos, de piernas y de la voz, estremecimiento, hormigueo y sudoración. Una participante dijo: «Estaba temblorosa, me sudaban las manos y me quedé sin saliva» (G113R).

Por último mencionaron movimientos giratorios en la silla, sensación de manos heladas, boca seca y respiración agitada.

1.3. Sentimientos encontrados: afección en el desempeño de la actividad

Se les consultó a las y los estudiantes si sus manifestaciones físicas y emocionales alteraron su desempeño en la actividad; varios reconocieron que les alteró de alguna forma. Lo que más describieron fue la distracción y desorganización del plan de atención que habían pensado inicialmente. Así lo señala esta participante: «Sí, [el plan] se alteró, lo hice, pero no al tiempo que yo me hubiese imaginado» (G312T).

Algunos refirieron bloqueo o impedimento significativo para continuar con la atención; inclusive señalaron la necesidad de finalizar la actividad. Así lo describen estas estudiantes: «No alcancé a hacer nada de verdad, ni sé de dónde me salieron las palabras, no sé cómo lo hice para seguir, se fue todo a las pailas» (G313R); «Ya no puedo más con esto, me voy» (G412R).

Un pequeño grupo de estudiantes refirió que las manifestaciones físicas percibidas no afectaron a su desempeño, a pesar de que internamente experimentaban emociones no gratas durante el proceso: «Yo creo que no, porque igual, como que somos como “entrenados” en cómo controlar nuestro lenguaje corporal, como para mostrarnos seguros, de mostrarme segura, aunque por dentro como que sienta este miedo» (G211M).

1.4. Gestión y estrategias para la EMN en salud

El mecanismo de respuesta más señalado fue «frenar» la emoción; también se describió cómo guardarla, anularla, apagarla, y disimular. Algunos participantes mencionaron que las emociones del paciente tienen mayor valor que las propias y por eso se autorreprimen: «El sentimiento que importa en ese momento es el sentimiento del usuario, como que uno se tiene que anular un poquito o dejar para después» (G213R).

Algunos señalaron contener sus emociones para demostrar seguridad y apoyo al paciente: «Siento que lo encapsulé y lo mantuve ahí, traté de [...] que no saliera de [...] de ese lugar, que no se mostrara al paciente, que no mostrara que yo estaba nerviosa o que yo estaba ansiosa, mostrarme más segura y [...] de ser un pilar para esa persona» (G214M).

Otros estudiantes indicaron que la estrategia utilizada implicó aparentar distanciamiento, evitando cualquier demostración de emociones, aunque internamente sentían lo contrario: «Traté de ponerme la poker face, traté de [...] alejar un poco mi, mi [...] mi sufrimiento por dentro, sí» (G113R).

Algunos intentaron calmarse a través del contacto físico con el paciente, apelando a la empatía y al manejo comunicacional a través del tacto: «Y como para calmarme a mí y calmarlo a él también, le tomé la mano y ahí sentí que pude calmarlo a él y también calmarme yo» (G311M).

DISCUSIÓN

Se identificó y analizó la respuesta emocional de estudiantes de Obstetricia durante la entrega de un resultado VIH(+) en un escenario clínico simulado de alta fidelidad, basándonos en los conceptos de emociones gratas y no gratas, en vez de positivas y negativas. Algunos autores han estudiado en profundidad las emociones en un periodo de estrés, sugiriendo que este mecanismo constituye una importante adaptación funcional en el proceso de afrontamiento de situaciones estresantes¹⁶. En este estudio surgieron principalmente emociones no gratas, lo que apoya los hallazgos de estudios que indican que la EMN es un acto incómodo, doloroso y duro, aun a sabiendas de que se trata de una situación simulada¹⁷.

Las emociones experimentadas tempranamente y con mayor frecuencia fueron el miedo, el nerviosismo, la ansiedad y la angustia. Estas emociones se han identificado en otros estudios sobre EMN, tanto en aquellos realizados con estudiantes de pregrado¹⁸ como en otros en que participaron médicos de trayectoria o altamente especializados^{3,17}. Estas emociones no gratas se vincularon con la incertidumbre sobre la respuesta emocional que tendría el paciente frente a la noticia adversa. Hay autores que sugieren que la respuesta de miedo y ansiedad anticipada tendría relación con encontrarse en situaciones en las cuales no se conocen todas las respuestas; en un tipo de crisis para cuyo manejo no se conoce un protocolo de acción, y en la cual se teme que la respuesta emocional del paciente sea difícil de manejar¹⁸.

La percepción de empatía y tristeza en la EMN ha sido mencionada por otros autores⁵. La dificultad para definir el concepto de empatía, observado en esta investigación, es un hecho que se ha discutido como producto de la diversidad de definiciones conceptuales y operacionales que se le atribuyen. Incluso algunos autores han indicado que existe un «uso promiscuo» del término¹⁹.

La percepción de tristeza se vinculó a eventos de la propia vida, o a imaginarse a sí mismo como receptor de una mala noticia, tal como se ha descrito en un estudio con estudiantes de Medicina²⁰. Este mecanismo se relaciona con la empatía y ha sido estudiado desde la escuela del Psicoanálisis y en la Neurobiología. Rosenbaum²¹ refiere en su reseña que «comprender al otro por medio de la empatía estaría fuertemente cargado de las propias vivencias». La empatía cuenta con un soporte neurobiológico que involucra las neuronas espejo y las redes de representación-acción comunicadas con el sistema límbico, especialmente la amígdala²². Sin embargo, el hecho de que los seres humanos posean una estructura cerebral que posibilite la empatía no significa que esta necesariamente ocurra.

En el caso de las emociones gratas, la tranquilidad se relaciona con la posibilidad de mantener la comunicación con el paciente y entregar información. Según teóricos del afrontamiento del estrés, uno de los medios para lidiar con situaciones estresantes es el manejo basado en el problema, entre cuyas herramientas se encuentra la realización de acciones específicas e instrumentales orientadas a una tarea. En la EMN, el hecho de haber sido entrenados durante su formación contribuye a que se sientan más seguros¹⁸.

Identificar la expresión de una emoción en el cuerpo es, para algunos autores, tan importante como verbalizarla, pues facilita el contacto con el propio mundo emocional a través de la conciencia de la corporalidad⁹. Las manifestaciones físicas de las emociones fueron variadas, mezcladas e intensas, coincidiendo con informes anteriores que han descrito reacciones físicas similares durante la EMN¹⁷. Si bien estas se agruparon por expresiones similares (tensión, temblor, sudor), no tienen relación con la hipótesis de un mapa corporal de emociones²³.

Respecto a la relación entre estrés y calidad de la comunicación con el paciente en la EMN en escenarios simulados, no se evidencia un detrimento en la comunicación que estuviera relacionado con los niveles de estrés experimentados, incluso cuando los parámetros fisiológicos indicaron el momento de mayor estrés¹⁸.

La represión de las propias emociones frente al paciente es un mecanismo que se ha descrito en un estudio realizado con matronas, donde se observó que estas tienden a suprimir y a disfrazar sus emociones en el lugar de trabajo⁸. Asimismo, Pruthi observó que los médicos tienden a retirarse emocional y físicamente del paciente terminal²⁰.

Es interesante conocer que el término cara de póker –cita textual de nuestros resultados– representa una estrategia para evitar revelar las propias emociones, siendo esta frase una analogía de la máscara, que asegura que la profundidad e intensidad de las emociones no sean obvias para el paciente²⁴. A la luz de esto, aparece como interrogante para futuros estudios cuáles serían las creencias respecto del rol profesional en la EMN y si estas pudieran estar modelando una respuesta estereotipada.

Una de las limitaciones metodológicas identificadas fue la duración variable de las entrevistas semiestructuradas, probablemente por las características propias de cada informante ante la experiencia, así como por la aplicación previa de un cuestionario. Por otra parte, no se contó con retroalimentación desde las y los estudiantes una vez transcritas las entrevistas, situación que hubiese fortalecido el análisis de la información.

No se han encontrado en este momento investigaciones similares en estudiantes de Obstetricia tanto en Chile como en América Latina. Los estudios previos se enfocan principalmente en emociones durante la EMN por parte de médicos y estudiantes de Medicina^{3,5,17}. Por lo tanto, estos hallazgos contribuyen a enriquecer el conocimiento sobre las experiencias de (futuros) matronas y matrones en este tipo de situaciones.

CONCLUSIONES

Los estudiantes de último año de la carrera de Obstetricia identifican y experimentan diversas emociones –tanto gratas como no gratas– durante la EMN en un escenario clínico simulado.

Entre las emociones percibidas destacaron el miedo, la tristeza, la empatía y la tranquilidad. Señalaron que las emociones –no gratas– les produjeron un malestar físico, intenso y vívido, percibido como tensión generalizada en distintas partes del cuerpo. Adicionalmente, estas les generaron descoordinación y bloqueo en su desempeño clínico, siendo la represión de sus propias emociones la principal estrategia de respuesta.

Según los hallazgos de este estudio, abogamos por la necesidad de incorporar la educación emocional en la formación de matronas y matrones, para favorecer el desarrollo de competencias emocionales sostenibles que permitan comprender y autogestionar sus respuestas ante escenarios adversos en el ámbito profesional.

La experiencia de las y los participantes sugiere que la SC de alta fidelidad con actores replica una experiencia real, convirtiéndose en una herramienta útil para fortalecer la educación emocional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bor R, Miller R, Goldman E, Scher I. The meaning of bad news in HIV disease: counselling about dreaded issues revisited. *Counsel Psychol* [Internet] 1993 [cited 2022 April 4]; 6: 69-80. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/09515079308254494>
2. Herrera A, Ríos M, Manríquez J, Rojas G. Breaking bad news in clinical practice. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2014 [cited 2022 Aug 16]; 142(10): 1306-15. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014001000011>
3. Bousquet G, Orri M, Winterman S, Brugière C, Verneuil L, Revah-Levy A. Breaking bad news in Oncology: a metasynthesis. *J Clin Oncol*. 2015; 33(22): 2437-43. Disponible en: <https://doi.org/10.1200/JCO.2014.59.6759>
4. Menéndez E. Modelo médico hegemónico: reproducción técnica y cultural. *Natura Medicatrix* [Internet]. 1998 [citado 2021 marzo 28]; 51: 17-22. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4989316>
5. Toivonen AK, Lindblom-Ylänne S, Louhiala P, Pyörälä E. Medical students reflections on emotions concerning breaking bad news. *Patient Education and Counseling* [Internet]. 2017 [cited 2019 November 4]; 100(10): 1903-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.05.036>
6. Msiska G, Smith P, Fawcett T, Nyasulu BM. Emotional labour and compassionate care: what's the relationship? *Nurse Educ Today* [Internet]. 2014 [cited 2022 March 5]; 34(9): 1246-52. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.03.002>
7. Ferreira da Silveira FJ, Botelho CC, Valadão CC. Breaking bad news: doctors' skills in communicating with patients. *Sao Paulo Med J* [Internet]. 2017 [cited 202 April 29]; 135(4): 323-31. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1516-3180.20160221270117>
8. Hunter B. Mapping the emotional terrain of midwifery: what can we see and what lies ahead? *International Journal of Work Organisation and Emotion* [Internet]. 2010 [cited 2021 December 4]; 3(3): 253-69. Disponible en: <https://doi.org/10.1504/IJWOE.2010.032925>
9. Casassus J. La educación del ser emocional. 2.a ed. Santiago: Indigo Cuarto Propio; 2015.
10. Solís I, Bozzo S, Kunakov N. Standardized patients in clinical skills training in undergraduate medical education. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2013 [cited 2022 Aug 16]; 141(9): 1216-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013000900017>
11. Skye EP, Wagenschutz H, Steiger JA, Kumagai AK. Use of interactive theater and role play to develop medical students' skills in breaking bad news. *J Cancer Educ* [Internet]. 2014 [cited 2022 April 2]; 29(4): 704-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s13187-014-0641-y>
12. Santo LD, Ambrosi E, Maragna M, Marognoli O, Canzan F. Nursing students' emotions evoked by the first contact with patient's body: a qualitative study. *Nurse education today* [Internet]. 2019 [cited 2021 July 29]; 85: 104299. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.104299>
13. ONUSIDA. Monitoreo Global del Sida 2017. Indicadores para el seguimiento de la Declaración Política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2016 [Internet]. Ginebra: UNAIDS; 2017 [citado 2021 diciembre 23]. Disponible en: http://onusidalac.org/1/images/2016/2017-Global-AIDS-Monitoring_es.pdf
14. Creswell JW, Creswell JD. *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. 5th ed. Los Ángeles: Sage; 2018.
15. Brown R, Dunn S, Byrnes K, Morris R, Heinrich P, Shaw J. Doctors' stress responses and poor communication performance in simulated bad-news consultations. *Acad Med* [Internet] 2009 [cited 2021 December 22]; 84(11): 1595-602. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181baf537>
16. Folkman S, Moskowitz JT. Positive affect and the other side of coping. *American psychologist* [Internet] 2000 [cited 2021 January 23]; 55(6): 647-54. Disponible en: <https://doi.org/10.1037//0003-066x.55.6.647>
17. Shaw JM, Brown RF, Dunn SM. A qualitative study of stress and coping responses in doctors breaking bad news. *Patient education and counseling* [Internet] 2013 [cited 2021 January 17]; 91(2): 243-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.11.006>

18. Van Dulmen S, Tromp F, Grosfeld F, Ten Cate O, Bensing J. The impact of assessing simulated bad news consultations on medical students' stress response and communication performance. *Psychoneuroendocrinology* [Internet]. 2007 [cited 2021 June 13]; 32(8-10): 943-50. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2007.06.016>
19. Hall JA, Schwartz R. Empathy present and future. *The Journal of Social Psychology* [Internet]. 2019 [cited 2021 January 20]; 159(3): 225-43. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/00224545.2018.1477442>
20. Pruthi S, Goel A. Doctors do cry. *Indian Journal of Medical Ethics* [Internet]. 2014 [cited 2021 March 7]; 11(4): 249-51. Disponible en: <https://doi.org/10.20529/IJME.2014.063>
21. Rosenbaum P. Identificación proyectiva: una investigación teórica del concepto a partir de "Notas sobre algunos mecanismos esquizoides" [Regazzoni G, 2007]. *Revista Internacional de Psicoanálisis* [Internet]. 2008 [cited 2020 7 July]; 28. Disponible en: <https://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000529>
22. Carr L, Iacoboni M, Dubeau MC, Mazziotta JC, Lenzi GL. Neural mechanisms of empathy in humans: a relay from neural systems for imitation to limbic areas. *Proceedings of the National Academy of Sciences* [Internet]. 2003 [cited 2021 March 4]; 100(9): 5497-502. Disponible en: <https://doi.org/10.1073/pnas.0935845100>
23. Nummenmaa L, Glerean E, Hari R, Hietanen JK. Bodily maps of emotions. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* [Internet]. 2014 [cited 2021 March 10]; 111(2): 646-51. Disponible en: <https://doi.org/10.1073/pnas.1321664111>
24. Cecil P, Glass N. An exploration of emotional protection and regulation in nurse-patient interactions: the role of the professional face and the emotional mirror. *Collegian (Royal College of Nursing, Australia)* [Internet]. 2015 [cited 2021 January 3]; 22(4): 377-85. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2014.06.002>

Volver

Patrocinadores comprometidos con Matronas

Oro



Plata



Bronce

¿quieres apoyarnos como marca?
info@matronasprofesion.es

