



Entrenamiento en comunicación de malas noticias: implementación de herramienta educativa en estudiantes de pregrado del área de psicología y medicina que pasan a prácticas profesionales

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de
Magíster en Psicología Clínica y de la Salud**

Juliet Camila Hernández Leguizamón

Norma Pilar Romero Pastor

Claudia Tatiana López Tavera

Maira Katherine Cortes Tirado

Directora: Patricia Hernández

Asesor: Jorge Nossa-Sánchez

Fundación Universitaria Sanitas

Facultad de Psicología

Maestría en Psicología Clínica y de la Salud

Bogotá, Colombia

2026

Dedicatoria

Dedicamos este trabajo a nuestras familias, por su apoyo constante, paciencia y comprensión durante este proceso de formación académica y personal. A quienes nos acompañaron en los momentos de mayor exigencia, nos brindaron ánimo y confiaron en nuestra capacidad para culminar esta etapa.

A nuestros seres queridos, por ser fuente de motivación, fortaleza y sentido. Su presencia, apoyo emocional y palabras de aliento hicieron posible avanzar con compromiso, disciplina y esperanza.

Dedicamos también este trabajo a los pacientes, familias y profesionales de la salud que enfrentan conversaciones difíciles en contextos de enfermedad, pérdida o sufrimiento. Su experiencia nos recuerda la importancia de una comunicación humana, empática y respetuosa en los escenarios de atención en salud.

Agradecimientos

Expresamos nuestro agradecimiento a la Fundación Universitaria Sanitas y a la Facultad de Psicología por brindarnos el espacio académico y formativo para el desarrollo de este trabajo de grado en el marco de la Maestría en Psicología Clínica y de la Salud.

A nuestros docentes y asesores, Patricia Hernández, por su orientación, acompañamiento académico y aportes durante el proceso de construcción, revisión y fortalecimiento de esta investigación. Sus observaciones permitieron consolidar una propuesta más rigurosa, coherente y pertinente para el campo de la formación en salud.

A los jueces expertos que participaron en el proceso de validación de contenido de la herramienta educativa, por su tiempo, disposición y valiosas recomendaciones. Sus aportes fueron fundamentales para mejorar la claridad, coherencia, relevancia y suficiencia de la propuesta, así como para fortalecer su aplicabilidad en futuros escenarios formativos.

A nuestras familias, amigos y personas cercanas, por su apoyo incondicional, comprensión y compañía durante el desarrollo de esta etapa académica. Su respaldo fue esencial para sostener el esfuerzo, la perseverancia y el compromiso necesarios para culminar este proceso.

Finalmente, agradecemos a todas las personas que, desde su experiencia profesional, académica o humana, contribuyeron directa o indirectamente a la realización de este trabajo. Este proyecto representa no solo un ejercicio investigativo, sino también una apuesta por la formación de profesionales capaces de comunicar con sensibilidad, responsabilidad ética y profundo respeto por la dignidad humana.

Tabla de Contenido

Lista de Tablas	6
Lista de Anexos	7
Índice de Abreviaturas	8
Resumen	10
Abstract	11
Introducción	12
Planteamiento del problema	17
Pregunta de investigación	22
Justificación	23
Objetivos	29
Objetivo general	29
Objetivos específicos	29
Marco teórico y contextual	31
Estrategia de búsqueda y selección de literatura	31
Comunicación de malas noticias como competencia clínica, ética y relacional	32
Impacto de la comunicación en pacientes, familias y profesionales	34
Protocolos estructurados para comunicar malas noticias	36
Modelo C.E.R.C.A. como propuesta contextual y flexible	39
Formación en comunicación de malas noticias en estudiantes del área de la salud	41
Simulación, juego de roles y aprendizaje experiencial	44
Validación de contenido como fase previa a la implementación educativa	47
Síntesis conceptual	49
Método	51
Diseño general del protocolo	51
Tipo de estudio de la fase ejecutada	51
Participantes	52
Criterios de inclusión de los jueces expertos	53
Criterios de exclusión de los jueces expertos	54
Variables del protocolo y categorías analizadas en la Fase 1	54
Materiales e instrumentos de evaluación	55
Escala de evaluación y recodificación para el CVR*	56
Procedimiento	57
Fase 1: desarrollo y validación de contenido	57
Fase 2: implementación proyectada (no ejecutada)	58
Análisis de datos	59
Control de calidad y rigor metodológico	60
Consideraciones éticas	61
Resultados	65

Caracterización de los jueces expertos	65
Validación global de la herramienta educativa	67
Validación del instrumento de evaluación asociado	69
Validez de contenido mediante CVR*	71
Observaciones cualitativas de los jueces expertos	72
Ajustes derivados del proceso de validación	77
Síntesis de los hallazgos	77
Discusión	79
Conclusiones	88
Recomendaciones	91
Referencias	93
Anexos	99

Lista de Tablas

Tabla 1	66
Caracterización de los jueces expertos participantes en la validación de contenido	66
Tabla 2	67
Razón de validez de contenido ajustada (CVR*) por componente de la herramienta educativa	67
Tabla 3	70
Razón de validez de contenido ajustada (CVR*) por ítem del instrumento de evaluación asociado	70
Tabla 4	73
Síntesis de observaciones cualitativas de los jueces expertos y ajustes realizados	73

Lista de Anexos

Tabla 1	66
Caracterización de los jueces expertos participantes en la validación de contenido	66
Tabla 2	67
Razón de validez de contenido ajustada (CVR*) por componente de la herramienta educativa	67
Tabla 3	70
Razón de validez de contenido ajustada (CVR*) por ítem del instrumento de evaluación asociado	70
Tabla 4	73
Síntesis de observaciones cualitativas de los jueces expertos y ajustes realizados	73
Anexo A	
Herramienta educativa basada en el modelo C.E.R.C.A. para la comunicación de malas noticias (Versión ajustada posterior al juicio de expertos, Fase 1)	99
Anexo B	
Guion de juego de roles y casos simulados	102
Anexo C	
Rejilla de evaluación de la herramienta educativa para jueces expertos	105
Anexo D	
Rejilla de evaluación del instrumento asociado para futura implementación	107
Anexo E	
Consentimiento informado para jueces expertos (Formato utilizado en la Fase 1)	108
Anexo F	
Carta de invitación a jueces expertos	109
Anexo G	
Caracterización de jueces expertos	110
Anexo H	
Matriz de resultados cuantitativos de la validación	111
Anexo I	
Matriz de cálculo de validez de contenido mediante CVR ajustado	113
Anexo J	
Matriz de observaciones cualitativas de jueces expertos	117
Anexo K	
Matriz de ajustes realizados a la herramienta educativa	119
Anexo L	
Instrumento de evaluación asociado para futura implementación	121
Anexo M	
Entrevista de seguimiento para futura implementación	128
Anexo N	
Rúbrica de observación para juego de roles en futura implementación	129
Anexo O	

Índice de Abreviaturas

- **ABCDE:** Protocolo estructurado para la comunicación de malas noticias. Sus componentes corresponden a preparación anticipada, construcción de un entorno terapéutico, comunicación clara, manejo de reacciones del paciente y la familia, y validación emocional.
- **BREAKS:** Protocolo estructurado para la comunicación de malas noticias. Sus componentes corresponden a antecedentes, relación, exploración, anuncio de la noticia, reconocimiento emocional y síntesis.
- **C.E.R.C.A.:** Contexto, Exploración, Revelación, Contención y Acuerdo de un plan de acción.
- **CVR:** Content Validity Ratio. Razón de validez de contenido.
- **CVR*:** Razón de validez de contenido ajustada.
- **Fase 1:** Fase de diseño y validación de contenido de la herramienta educativa mediante juicio de expertos.
- **Fase 2:** Fase pendiente de implementación de la herramienta educativa con estudiantes y medición pretest-postest.
- **J1:** Juez experto 1.
- **J2:** Juez experto 2.
- **J3:** Juez experto 3.

- **J4:** Juez experto 4.
- **J5:** Juez experto 5.
- **n:** Frecuencia absoluta.
- **N:** Número total de participantes, jueces, ítems o valoraciones.
- **Pretest:** Medición prevista antes de la implementación de la herramienta educativa en la Fase 2.
- **Postest:** Medición prevista después de la implementación de la herramienta educativa en la Fase 2.
- **SPIKES:** Protocolo estructurado para la comunicación de malas noticias. Sus componentes corresponden a Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions y Strategy/Summary.
- **%:** Porcentaje.

Resumen

La comunicación de malas noticias constituye una competencia esencial en la formación de profesionales de la salud, al integrar claridad informativa, empatía, contención emocional y toma de decisiones centrada en la persona. El protocolo general de esta investigación contempló dos fases: diseño y validación de una herramienta educativa basada en el modelo C.E.R.C.A., e implementación posterior con estudiantes de medicina y psicología próximos a prácticas profesionales. El presente documento reporta únicamente la Fase 1, orientada al diseño de la herramienta y su validación de contenido mediante juicio de cinco expertos con experiencia clínica, docente y en comunicación de malas noticias. La Fase 2, correspondiente a la implementación con estudiantes y mediciones pretest-postest, no fue ejecutada y queda pendiente para investigaciones posteriores. La evaluación se realizó según criterios de claridad, coherencia, relevancia y suficiencia, integrando análisis cuantitativo y observaciones cualitativas. Los resultados evidenciaron valoraciones favorables en todas las dimensiones y permitieron realizar ajustes metodológicos y pedagógicos. Se concluye que la herramienta presenta adecuada validez de contenido para una futura implementación.

Palabras clave: comunicación de malas noticias, herramienta educativa, modelo C.E.R.C.A., validación de contenido, juicio de expertos.

Abstract

Breaking bad news is an essential competency in health professional training, as it involves clear information delivery, empathy, emotional containment, and person-centered decision-making. The general research protocol included two phases: the design and validation of an educational tool based on the C.E.R.C.A. model, and a subsequent implementation with medical and psychology students about to begin professional practice placements. This report presents only Phase 1, focused on the design of the tool and its content validation through the judgment of five experts with clinical, teaching, and bad news communication experience. Phase 2, corresponding to implementation with students and pretest-posttest measurements, was not conducted and remains pending for future research. The tool was assessed according to clarity, coherence, relevance, and sufficiency criteria, integrating quantitative analysis and qualitative observations. Results showed favorable ratings across all dimensions and supported methodological and pedagogical adjustments. It is concluded that the tool demonstrates adequate content validity for future implementation.

Keywords: breaking bad news, educational tool, C.E.R.C.A. model, content validation, expert judgment.

Introducción

La comunicación de malas noticias constituye una de las competencias clínicas, éticas y relacionales más complejas en la formación de los profesionales del área de la salud. Este proceso implica transmitir información que puede modificar de manera significativa la percepción que una persona tiene sobre su estado de salud, su pronóstico, su funcionalidad, sus posibilidades terapéuticas o su proyecto vital. Por esta razón, no se limita a la entrega de datos clínicos, sino que involucra dimensiones emocionales, comunicativas, bioéticas y humanas del encuentro entre el profesional, el paciente y su familia. Desde la definición clásica de Buckman (1992), una mala noticia puede entenderse como aquella información que altera de forma negativa la visión que una persona tiene sobre su futuro; sin embargo, su impacto no depende exclusivamente del contenido biomédico, sino también del significado subjetivo que adquiere para quien la recibe.

En los escenarios clínicos contemporáneos, comunicar malas noticias exige claridad, sensibilidad, empatía, capacidad de contención emocional y habilidad para construir un plan de acción comprensible, realista y compartido. Una comunicación inadecuada puede incrementar la ansiedad, la confusión, la desconfianza hacia el equipo tratante, la percepción de abandono y el sufrimiento emocional de pacientes y familiares. Por el contrario, una comunicación estructurada, honesta y centrada en la persona favorece la comprensión de la situación clínica, la toma de decisiones informadas, la adherencia al proceso de atención y la consolidación de una relación terapéutica más humanizada (Fallowfield & Jenkins, 2004; Ptacek & Eberhardt, 1996). En consecuencia, esta competencia debe asumirse como una habilidad susceptible de ser enseñada, entrenada y evaluada durante la formación profesional, y no como una capacidad espontánea dependiente únicamente de la experiencia o de rasgos personales del estudiante.

La literatura internacional ha evidenciado que estudiantes y profesionales en formación suelen experimentar inseguridad, ansiedad y baja percepción de competencia al enfrentarse a conversaciones difíciles, particularmente cuando estas involucran enfermedad grave, pérdida, muerte, discapacidad, sufrimiento psicológico, decisiones clínicas complejas o crisis familiares. Lenkiewicz et al. (2022) identificaron que una proporción importante de estudiantes de medicina percibe insuficiente preparación para comunicar malas noticias, lo que evidencia una brecha persistente entre la formación académica tradicional y las demandas reales de la práctica clínica. De manera complementaria, Karnieli-Miller et al. (2022) plantean que esta competencia debe incorporarse desde el pregrado mediante procesos longitudinales, experienciales y reflexivos, orientados al desarrollo progresivo de habilidades comunicativas, autoconciencia emocional y capacidad de respuesta ante las necesidades del paciente y su familia.

Esta necesidad resulta especialmente relevante en estudiantes de medicina y psicología próximos al inicio de sus prácticas profesionales, dado que esta etapa representa una transición crítica entre el aprendizaje académico y la exposición progresiva a escenarios reales de atención. En medicina, la comunicación de malas noticias puede relacionarse con la entrega de diagnósticos, pronósticos desfavorables, complicaciones, limitaciones terapéuticas o decisiones clínicas de alta carga emocional. En psicología, aunque este campo ha sido menos abordado en la literatura sobre malas noticias, la competencia comunicativa resulta igualmente central, pues los futuros profesionales pueden participar en procesos de acompañamiento emocional, intervención en crisis, orientación familiar, comunicación de hallazgos psicológicos, apoyo ante pérdidas, riesgo suicida, sufrimiento psíquico o trastornos mentales graves. Por tanto, la comunicación de malas noticias debe comprenderse como una competencia interdisciplinaria, en la que convergen conocimientos

clínicos, habilidades relacionales, sensibilidad ética y comprensión de los procesos emocionales implicados en la experiencia de enfermedad, pérdida o crisis.

En respuesta a esta problemática, diferentes estudios han evaluado estrategias pedagógicas dirigidas al fortalecimiento de habilidades comunicativas en salud. La simulación clínica, el juego de roles, los pacientes estandarizados, la retroalimentación estructurada, el aprendizaje combinado y los ejemplos trabajados han mostrado utilidad para favorecer la confianza, la autoeficacia y el desempeño comunicativo de estudiantes, internos y residentes (Amsalem et al., 2021; Bosshard et al., 2025; Carrard et al., 2020; Dale MacLaine et al., 2021; Vermynen et al., 2020; Vincent et al., 2022). Asimismo, revisiones sistemáticas han señalado que las intervenciones educativas orientadas a mejorar la comunicación de malas noticias pueden producir efectos favorables sobre las habilidades observadas y la confianza profesional, aunque persisten limitaciones relacionadas con la heterogeneidad de los diseños, la variabilidad de los instrumentos de evaluación y la necesidad de fortalecer la calidad metodológica de las propuestas formativas (Gilligan et al., 2021; Johnson & Panagioti, 2018).

En este campo, los protocolos estructurados han aportado marcos conceptuales útiles para orientar la práctica comunicativa. Modelos como SPIKES, ABCDE y BREAKS han sido ampliamente utilizados en contextos clínicos y educativos, al organizar la comunicación en momentos que favorecen la preparación del ambiente, la exploración de conocimientos previos, la entrega gradual de información, la respuesta empática a las emociones y la construcción de un plan posterior (Baile et al., 2000; Narayanan et al., 2010; VandeKieft, 2001). En el contexto latinoamericano, el modelo C.E.R.C.A., propuesto por Bascuñán y Luengo-Charath (2022),

integra cinco objetivos centrales para comunicar malas noticias: contexto, exploración, revelación, contención y acuerdo de un plan de acción. Esta estructura resulta pertinente para procesos formativos dirigidos a estudiantes del área de la salud, pues articula componentes técnicos, emocionales y éticos del encuentro clínico, permitiendo organizar el entrenamiento de manera clara, flexible y centrada en la persona.

A pesar de estos avances, En América Latina, la formación en comunicación de malas noticias y comunicación clínica continúa siendo heterogénea, con avances en contextos sanitarios, educación médica, urgencias y humanización, pero con persistencia de vacíos curriculares, falta de estandarización y necesidad de estrategias formativas contextualizadas (Álvarez Aparicio, 2020; Carreras Marcos et al., 2021; Díaz Martínez et al., 2020; Landa-Ramírez et al., 2017). Esta situación evidencia la necesidad de diseñar herramientas educativas contextualizadas, teóricamente fundamentadas y metodológicamente sólidas, que puedan ser utilizadas en escenarios de formación universitaria y práctica profesional.

No obstante, antes de implementar una herramienta educativa en población estudiantil, es necesario establecer si sus contenidos, actividades, instrucciones e instrumentos asociados son claros, coherentes, relevantes y suficientes para el objetivo formativo propuesto. En este sentido, la validación de contenido mediante juicio de expertos constituye una etapa fundamental para valorar la calidad conceptual y operativa de la herramienta, identificar ajustes necesarios y fortalecer su aplicabilidad antes de una fase de implementación (Hernández Sampieri et al., 2014; Tristán-López, 2008)

El protocolo general de esta investigación fue concebido en dos fases. La primera fase corresponde al diseño y validación de contenido de una herramienta educativa basada en los

objetivos del modelo C.E.R.C.A., mediante juicio de expertos. La segunda fase contempla la implementación posterior de dicha herramienta con estudiantes de medicina y psicología próximos al inicio de sus prácticas profesionales, con mediciones antes y después de la intervención. Sin embargo, el presente documento reporta únicamente la Fase 1 ejecutada, centrada en el diseño de la herramienta, la validación por cinco jueces expertos y los ajustes derivados de sus valoraciones cuantitativas y cualitativas. La Fase 2, orientada a la aplicación con estudiantes y evaluación pretest-postest, no fue desarrollada dentro del alcance final de este trabajo y queda pendiente para investigaciones posteriores.

En coherencia con lo anterior, esta investigación se orienta a aportar una herramienta educativa estructurada y validada en contenido, que pueda servir como base para futuras experiencias formativas en comunicación de malas noticias. Su relevancia radica en que responde a una necesidad académica, profesional e institucional: preparar a futuros profesionales de medicina y psicología para afrontar conversaciones difíciles con mayor claridad, sensibilidad, responsabilidad ética y capacidad de contención emocional. Así, el estudio constituye una fase inicial necesaria para avanzar hacia procesos de implementación que permitan evaluar, en etapas posteriores, su aceptabilidad, factibilidad y posible efecto sobre el fortalecimiento de habilidades comunicativas en estudiantes del área de la salud.

Planteamiento del problema

La comunicación de malas noticias constituye una competencia esencial en los escenarios de atención en salud, debido a que implica transmitir información que puede modificar de manera significativa la percepción que una persona tiene sobre su estado de salud, su pronóstico, sus posibilidades terapéuticas, su funcionalidad o su proyecto vital. Este proceso no se reduce a informar un diagnóstico, una complicación o una condición adversa, sino que exige integrar claridad comunicativa, sensibilidad ética, contención emocional y capacidad para acompañar al paciente y su familia en un momento de alta vulnerabilidad. Desde esta perspectiva, la comunicación de malas noticias representa una tarea clínica compleja, en la que confluyen elementos técnicos, relacionales, emocionales y humanos del encuentro profesional-paciente (Buckman, 1992; Fallowfield & Jenkins, 2004; Ptacek & Eberhardt, 1996).

La manera en que se comunica una mala noticia puede tener efectos relevantes en la comprensión de la información, la toma de decisiones, la confianza hacia el equipo de salud, la adherencia al proceso de atención y la experiencia emocional de pacientes y familias. Una comunicación poco clara, apresurada, excesivamente técnica o emocionalmente distante puede incrementar la ansiedad, la confusión, la percepción de abandono, la desconfianza y el sufrimiento psicológico. Por el contrario, una comunicación estructurada, empática y centrada en la persona puede favorecer la comprensión de la situación, permitir la expresión emocional, fortalecer la relación terapéutica y contribuir a una atención más humanizada (Fallowfield & Jenkins, 2004; VandeKieft, 2001).

A pesar de su importancia, la formación en comunicación de malas noticias continúa siendo insuficiente y heterogénea en muchos programas de educación en salud. Con frecuencia, los estudiantes aprenden a enfrentar estas conversaciones mediante observación informal, imitación de modelos clínicos o exposición directa durante las prácticas, sin haber recibido previamente entrenamiento sistemático. Esta situación resulta problemática, debido a que comunicar malas noticias exige habilidades que no se desarrollan de manera espontánea, sino mediante procesos pedagógicos estructurados, práctica supervisada, retroalimentación y reflexión sobre la propia respuesta emocional ante el sufrimiento del otro (Aspegren, 1999; Kurtz et al., 2005; Silverman et al., 2013).

La literatura ha mostrado que los estudiantes del área de la salud suelen sentirse poco preparados para comunicar información adversa. Esta falta de preparación puede expresarse en ansiedad, inseguridad, evitación, dificultad para responder a emociones intensas, uso de lenguaje poco comprensible o tendencia a centrar la conversación exclusivamente en aspectos técnicos. Lenkiewicz et al. (2022) señalaron que muchos estudiantes de medicina reconocen la necesidad de mayor formación en comunicación de malas noticias. De forma complementaria, Karnieli-Miller et al. (2022) plantean que esta competencia debe enseñarse desde el pregrado mediante estrategias longitudinales, experienciales y reflexivas, especialmente antes de la exposición a escenarios clínicos reales.

Esta problemática adquiere especial relevancia en estudiantes de pregrado de medicina y psicología próximos al inicio de sus prácticas profesionales. En medicina, la comunicación de malas noticias puede estar relacionada con diagnósticos graves, pronósticos desfavorables,

complicaciones, limitaciones terapéuticas o decisiones clínicas complejas. En psicología, esta competencia también resulta fundamental, dado que los estudiantes pueden enfrentarse a situaciones de crisis, sufrimiento emocional intenso, riesgo suicida, duelo, comunicación de hallazgos psicológicos, orientación familiar o acompañamiento ante eventos vitales adversos. Por tanto, la comunicación de malas noticias debe comprenderse como una competencia interdisciplinaria en salud, que no pertenece de manera exclusiva al campo médico, sino que requiere la articulación entre información clínica, comprensión emocional, sensibilidad ética y habilidades relacionales.

En respuesta a esta necesidad, se han propuesto diferentes estrategias educativas para fortalecer la comunicación de malas noticias, entre ellas la simulación clínica, el juego de roles, los pacientes estandarizados, la retroalimentación estructurada, el aprendizaje combinado y los ejercicios reflexivos. Estas metodologías permiten que los estudiantes practiquen conversaciones difíciles en ambientes controlados, reciban retroalimentación y desarrollen mayor conciencia sobre el impacto de su comunicación verbal y no verbal (Amsalem et al., 2021; Dale MacLaine et al., 2021; Johnson & Panagioti, 2018; Vermeylen et al., 2020; Vincent et al., 2022). Sin embargo, para que una intervención educativa pueda implementarse de manera rigurosa, primero es necesario disponer de una herramienta estructurada, teóricamente fundamentada y validada en su contenido.

En este sentido, los modelos estructurados para comunicar malas noticias ofrecen una base conceptual útil para el diseño de propuestas formativas. Protocolos como SPIKES, ABCDE y BREAKS han permitido organizar la comunicación en fases orientadas a preparar el contexto, explorar la comprensión del paciente, revelar información de manera gradual, responder a las

emociones y acordar un plan posterior (Baile et al., 2000; Narayanan et al., 2010; VandeKieft, 2001). En el contexto latinoamericano, el modelo C.E.R.C.A., propuesto por Bascuñán y Luengo-Charath (2022), sintetiza cinco objetivos centrales: contexto, exploración, revelación, contención y acuerdo de un plan de acción. Esta estructura resulta pertinente para la formación de estudiantes de medicina y psicología, en tanto integra dimensiones comunicativas, emocionales y éticas del encuentro clínico.

El protocolo general de la presente investigación fue concebido para responder a esta necesidad formativa mediante dos fases. La primera fase corresponde al diseño y validación de contenido de una herramienta educativa basada en los objetivos del modelo C.E.R.C.A., mediante juicio de expertos. La segunda fase contempla la implementación posterior de la herramienta con estudiantes de medicina y psicología próximos al inicio de sus prácticas profesionales, con el propósito de valorar su efecto mediante mediciones antes y después de la intervención. No obstante, el presente documento reporta únicamente la Fase 1 ejecutada, centrada en el diseño de la herramienta, su validación por jueces expertos y los ajustes derivados de dicho proceso. La Fase 2, orientada a la aplicación con estudiantes y evaluación pretest-postest, no fue desarrollada dentro del alcance final de este trabajo y queda pendiente para investigaciones posteriores.

De esta manera, el problema que se aborda se ubica en una necesidad metodológica y formativa previa a la implementación: contar con una herramienta educativa validada en contenido, que permita avanzar con mayor rigor hacia futuras fases de aplicación. Antes de evaluar el efecto de una intervención educativa, resulta indispensable establecer si sus contenidos, actividades, instrucciones e instrumentos asociados son claros, coherentes, relevantes y suficientes

para el propósito formativo planteado. La validación de contenido mediante juicio de expertos permite valorar la calidad conceptual y pedagógica de la herramienta, identificar ajustes necesarios y fortalecer su aplicabilidad futura (Hernández Sampieri et al., 2014; Tristán-López, 2008)

En consecuencia, la presente investigación se fundamenta en la necesidad de fortalecer la formación en comunicación de malas noticias en estudiantes de medicina y psicología, pero delimita su alcance al diseño y validación de contenido de una herramienta educativa basada en el modelo C.E.R.C.A. Esta fase constituye un paso inicial necesario para garantizar que la herramienta cuente con criterios mínimos de calidad antes de su implementación posterior en población estudiantil. Así, el estudio aporta una base metodológica para futuras investigaciones orientadas a evaluar la aceptabilidad, factibilidad y posible efecto de la herramienta en el desarrollo de habilidades comunicativas para la entrega de malas noticias.

Pregunta de investigación

El protocolo general de la investigación fue formulado para responder a la siguiente pregunta: ¿cuál es el efecto de una intervención educativa basada en los objetivos del modelo C.E.R.C.A. sobre las habilidades comunicativas para la entrega de malas noticias en estudiantes de pregrado de medicina y psicología próximos al inicio de sus prácticas profesionales?

No obstante, dado que el presente documento reporta únicamente la Fase 1 del protocolo, correspondiente al diseño y validación de contenido de la herramienta educativa mediante juicio de expertos, la pregunta que orienta el alcance desarrollado en este trabajo es: ¿cuál es el grado de validez de contenido (CVR*) de una herramienta educativa basada en los objetivos del modelo C.E.R.C.A. para el fortalecimiento de habilidades comunicativas en la entrega de malas noticias en estudiantes de pregrado de medicina y psicología próximos al inicio de sus prácticas profesionales?

Justificación

La comunicación de malas noticias constituye una competencia esencial en la formación de profesionales del área de la salud, debido a que implica afrontar situaciones clínicas y humanas de alta complejidad emocional. Informar un diagnóstico grave, comunicar un pronóstico desfavorable, orientar a una familia ante una pérdida o acompañar a un paciente frente a cambios significativos en su proyecto vital exige mucho más que conocimiento técnico. Requiere habilidades comunicativas, sensibilidad ética, empatía, autorregulación emocional, claridad en el lenguaje y capacidad para contener las respuestas afectivas del paciente y su familia. Por esta razón, la comunicación de malas noticias debe comprenderse como una competencia clínica susceptible de ser enseñada, entrenada y evaluada de manera sistemática durante la formación profesional, y no como una habilidad espontánea dependiente únicamente de la experiencia o de rasgos personales del estudiante (Fallowfield & Jenkins, 2004; Ptacek & Eberhardt, 1996).

La presente investigación se justifica, en primer lugar, por la necesidad de fortalecer la formación en comunicación clínica humanizada en estudiantes de pregrado de medicina y psicología próximos al inicio de sus prácticas profesionales. Esta etapa constituye un momento crítico de transición entre la formación académica y la exposición progresiva a escenarios reales de atención, en los que los estudiantes pueden enfrentarse a pacientes y familias en situaciones de enfermedad grave, pérdida, crisis emocional, sufrimiento psicológico o toma de decisiones difíciles. La literatura ha mostrado que los estudiantes del área de la salud suelen experimentar inseguridad, ansiedad y baja percepción de competencia al comunicar información adversa, lo cual evidencia la necesidad de incorporar estrategias pedagógicas estructuradas que favorezcan la preparación previa a la práctica clínica (Karnieli-Miller et al., 2022; Lenkiewicz et al., 2022).

Desde una perspectiva académica, el estudio aporta al fortalecimiento de la formación integral en salud, al proponer una herramienta educativa orientada al desarrollo de competencias comunicativas, éticas y emocionales. La comunicación clínica no solo influye en la comprensión de la información por parte del paciente, sino también en la calidad de la relación profesional-paciente, la toma de decisiones compartidas, la adherencia al proceso de atención y la percepción de humanización del cuidado. Por ello, disponer de recursos educativos fundamentados en modelos teóricos y adaptados a las necesidades de los estudiantes constituye un aporte relevante para los programas de medicina y psicología, especialmente en contextos donde la enseñanza de la comunicación de malas noticias aún no se encuentra plenamente integrada o estandarizada dentro del currículo (Aspegren, 1999; Kurtz et al., 2005; Silverman et al., 2013).

La investigación también se justifica por su pertinencia interdisciplinaria. Aunque la comunicación de malas noticias ha sido abordada con mayor frecuencia desde la medicina, su alcance trasciende el acto médico de informar diagnósticos o pronósticos. En psicología, esta competencia resulta igualmente relevante, dado que los profesionales participan en procesos de acompañamiento emocional, intervención en crisis, orientación familiar, comunicación de hallazgos psicológicos, apoyo ante duelo y contención frente a experiencias de sufrimiento. En consecuencia, una herramienta educativa dirigida a estudiantes de medicina y psicología permite reconocer la complementariedad de ambas disciplinas en la atención centrada en la persona y en la construcción de respuestas profesionales más humanas, empáticas y éticamente responsables.

Desde el punto de vista pedagógico, el protocolo general de esta investigación se fundamenta en la necesidad de avanzar hacia estrategias de entrenamiento que permitan a los estudiantes practicar conversaciones difíciles en condiciones formativas seguras. La evidencia disponible ha mostrado que intervenciones educativas basadas en simulación, juego de roles, pacientes estandarizados, retroalimentación estructurada y aprendizaje reflexivo pueden contribuir al fortalecimiento de habilidades comunicativas en estudiantes y profesionales en formación (Dale MacLaine et al., 2021; Gilligan et al., 2021; Johnson & Panagioti, 2018). Sin embargo, antes de implementar una herramienta educativa en población estudiantil, resulta necesario establecer si sus contenidos, actividades, instrucciones e instrumentos asociados son adecuados para el propósito formativo que se pretende alcanzar.

En este sentido, la presente investigación se justifica metodológicamente porque la validación de contenido constituye una etapa previa indispensable para cualquier proceso posterior de implementación. El protocolo aprobado contempló dos fases: una primera fase de diseño y validación de contenido de la herramienta educativa mediante juicio de expertos, y una segunda fase orientada a su implementación con estudiantes y medición antes y después de la intervención. No obstante, el presente documento reporta únicamente la Fase 1 ejecutada, centrada en el diseño de la herramienta, su valoración por jueces expertos y los ajustes derivados del proceso de validación. Esta delimitación no modifica el sentido general del protocolo, sino que precisa el alcance desarrollado y reconoce que la Fase 2 queda pendiente para una etapa posterior de investigación.

La validación por juicio de expertos permite determinar si los componentes de la herramienta son claros, coherentes, relevantes y suficientes para el objetivo formativo planteado. La claridad se relaciona con la comprensión de instrucciones, lenguaje y actividades; la coherencia, con la articulación entre el modelo teórico, los objetivos y las estrategias pedagógicas; la relevancia, con la pertinencia de los contenidos para la comunicación de malas noticias; y la suficiencia, con la cobertura adecuada de las dimensiones necesarias para entrenar esta competencia. Este procedimiento fortalece la calidad conceptual y operativa de la herramienta, permite identificar oportunidades de mejora y reduce el riesgo de aplicar una estrategia educativa con vacíos metodológicos, pedagógicos o evaluativos (Hernández Sampieri et al., 2014; Tristán-López, 2008)

El modelo C.E.R.C.A., propuesto por Bascuñán y Luengo-Charath, 2022 ofrece una base conceptual pertinente para el diseño de la herramienta, al organizar la comunicación de malas noticias en cinco objetivos fundamentales: contexto, exploración, revelación, contención y acuerdo de un plan de acción. Esta estructura resulta útil para la formación de estudiantes, ya que integra elementos comunicativos, emocionales y éticos del encuentro clínico, permitiendo orientar la enseñanza hacia un proceso ordenado, empático y centrado en las necesidades del paciente y su familia. Además, su formulación en el contexto latinoamericano favorece la construcción de una propuesta cercana a las realidades culturales, institucionales y formativas de los estudiantes del área de la salud (Bascuñán & Luengo-Charath, 2022).

Desde una perspectiva institucional, la validación de esta herramienta puede aportar a la consolidación de estrategias pedagógicas orientadas a la humanización de la atención y al

fortalecimiento de competencias transversales en los programas de formación. Las instituciones de educación superior tienen la responsabilidad de preparar a sus estudiantes no solo en competencias técnicas, sino también en habilidades relacionales que les permitan interactuar con pacientes, familias y equipos de salud en escenarios de alta complejidad emocional. Por tanto, una herramienta educativa previamente validada puede convertirse en un insumo académico para futuras actividades curriculares, talleres de simulación, espacios de práctica supervisada o programas de entrenamiento en comunicación clínica.

En el ámbito profesional y social, el estudio adquiere relevancia porque una mejor preparación en comunicación de malas noticias puede contribuir a una atención más clara, respetuosa y humanizada. Una comunicación adecuada puede disminuir la sensación de abandono, favorecer la comprensión de la información, facilitar la toma de decisiones y fortalecer la confianza entre pacientes, familias y profesionales. Asimismo, preparar a los futuros profesionales para afrontar estas conversaciones puede reducir la inseguridad, la evitación y el desgaste emocional asociados a situaciones clínicas difíciles. En este sentido, la herramienta educativa validada constituye un recurso inicial con potencial para apoyar futuros procesos formativos orientados al cuidado integral y al respeto por la dignidad humana.

Finalmente, esta investigación se justifica porque establece una base metodológica necesaria para el desarrollo posterior de la Fase 2 del protocolo. Al centrarse en el diseño y validación de contenido de la herramienta educativa, el presente escrito ofrece un producto académico revisado por expertos y ajustado antes de su aplicación en estudiantes. De esta manera, la investigación no solo responde a una necesidad formativa actual, sino que también deja

planteado un camino para futuras investigaciones que evalúen la aceptabilidad, factibilidad y posible efecto de la herramienta sobre conocimientos, habilidades comunicativas, autoconfianza, empatía clínica y desempeño en escenarios simulados o reales. Así, la Fase 1 desarrollada constituye un paso inicial necesario para avanzar hacia una implementación más rigurosa, ética y metodológicamente sólida.

Objetivos

Objetivo general

Evaluar el efecto de una intervención educativa basada en los objetivos C.E.R.C.A. sobre el conocimiento y la habilidad para comunicar malas noticias en estudiantes de pregrado del área de la salud al inicio de su etapa de prácticas en la Fundación Universitaria Sanitas.

Objetivos específicos

- Diseñar y validar una herramienta educativa para la comunicación de malas noticias, basada en los objetivos del modelo C.E.R.C.A. de Bascuñán.
- Determinar el nivel de conocimiento sobre la comunicación de malas noticias en los estudiantes antes y después de la intervención basada en los objetivos C.E.R.C.A.
- Evaluar la habilidad comunicativa para dar malas noticias antes y después de la intervención en situaciones simuladas o clínicas.
- Describir los cambios en las dimensiones específicas del modelo C.E.R.C.A. después de la intervención educativa.
- Analizar la relación entre el conocimiento teórico adquirido y la habilidad práctica demostrada para comunicar malas noticias después de la intervención.

Nota de alcance

Los objetivos anteriores corresponden al protocolo general aprobado para la investigación, el cual contempló dos fases: una primera fase de diseño y validación de contenido de la herramienta educativa mediante juicio de expertos, y una segunda fase de implementación con estudiantes mediante mediciones antes y después de la intervención. El presente trabajo de grado reporta únicamente la Fase 1 ejecutada, correspondiente al diseño de la herramienta, su validación de contenido y los ajustes derivados del juicio experto. En consecuencia, los objetivos relacionados con mediciones pretest-postest, evaluación de habilidades comunicativas en estudiantes y análisis del efecto de la intervención quedan proyectados para la Fase 2, pendiente de desarrollo en investigaciones posteriores.

Marco teórico y contextual

Estrategia de búsqueda y selección de literatura

Para la construcción del presente marco teórico y conceptual se realizó una revisión narrativa dirigida de literatura académica y documentos científicos relacionados con comunicación de malas noticias, comunicación clínica, formación en habilidades comunicativas, simulación educativa, protocolos estructurados, modelo C.E.R.C.A. y validación de contenido por juicio de expertos. La búsqueda se orientó a identificar fuentes que permitieran fundamentar el diseño y validación de una herramienta educativa para estudiantes de pregrado del área de la salud, con énfasis en medicina y psicología, próximos al inicio de sus prácticas profesionales.

Se revisaron documentos en español e inglés, incluyendo artículos originales, revisiones sistemáticas, revisiones narrativas, estudios cualitativos, estudios de intervención educativa, propuestas de protocolos clínicos, artículos de reflexión y literatura metodológica sobre validez de contenido. La selección priorizó documentos con pertinencia directa para el objeto de estudio, publicaciones con aplicabilidad al contexto latinoamericano, fuentes clásicas sobre comunicación de malas noticias, investigaciones recientes sobre educación médica y estudios que abordaron el uso de simulación, juego de roles, pacientes simulados o estrategias experienciales de enseñanza.

En total, para este apartado se utilizaron 33 referencias académicas y metodológicas. Estas fuentes permitieron organizar el marco en siete ejes: comunicación de malas noticias como competencia clínica, ética y relacional; impacto de la comunicación en pacientes, familias y profesionales; protocolos estructurados para comunicar malas noticias; modelo C.E.R.C.A. como propuesta contextual y flexible; formación en comunicación de malas noticias en estudiantes del área de la salud; simulación, juego de roles y aprendizaje experiencial; y validación de contenido como fase previa a la implementación educativa. La revisión no tuvo el propósito de constituir una

revisión sistemática, sino de ofrecer una base conceptual suficientemente robusta, pertinente y coherente con el alcance real del presente informe, correspondiente a la Fase 1 de diseño y validación de contenido de la herramienta educativa.

Comunicación de malas noticias como competencia clínica, ética y relacional

La comunicación de malas noticias constituye una competencia clínica compleja que exige la integración de conocimientos técnicos, habilidades comunicativas, sensibilidad ética, regulación emocional y capacidad de contención. Desde la definición clásica de Buckman (1992), una mala noticia puede entenderse como cualquier información que altera de manera negativa la percepción que una persona tiene sobre su futuro. Esta definición continúa siendo relevante porque permite reconocer que el carácter negativo de una noticia no depende exclusivamente de su gravedad biomédica, sino del significado que adquiere para quien la recibe. En este sentido, una noticia puede ser adversa por su impacto diagnóstico, pronóstico, funcional, emocional, familiar, social o existencial.

La literatura ha señalado que la comunicación de malas noticias no se limita al acto de informar un diagnóstico, una complicación, una limitación terapéutica o un pronóstico desfavorable. Se trata de un proceso relacional en el que participan, al menos, un profesional, un paciente y, con frecuencia, familiares o cuidadores. Este proceso ocurre en un contexto emocionalmente cargado, donde se ponen en juego expectativas previas, creencias, valores, temores, recursos de afrontamiento y experiencias anteriores con la enfermedad o con el sistema de salud. Por ello, una mala noticia debe comprenderse como un fenómeno comunicativo, clínico y humano, más que como un simple evento informativo (Fallowfield & Jenkins, 2004; Ptacek & Eberhardt, 1996; VandeKieft, 2001).

En los escenarios sanitarios, las malas noticias pueden relacionarse con diagnósticos de enfermedades graves, enfermedades crónicas, limitaciones funcionales, infertilidad, recaídas, progresión de enfermedad, ausencia de respuesta al tratamiento, necesidad de cuidados paliativos, muerte, complicaciones inesperadas, resultados adversos o situaciones que modifican significativamente el proyecto vital de una persona. Baile et al. (2000) enfatizan que el impacto de la noticia debe valorarse desde la perspectiva del paciente, pues una información que para el profesional puede parecer clínicamente menor puede ser vivida por el paciente como una ruptura profunda de sus expectativas. De manera similar, Leone et al. (2017) muestran que, en contextos como la reproducción asistida, las malas noticias pueden adquirir un significado existencial, al afectar la identidad, el proyecto de vida y la autoestima de una pareja.

La comunicación de malas noticias también tiene una dimensión ética. Informar con claridad permite respetar la autonomía del paciente y favorecer la toma de decisiones; comunicar con sensibilidad responde al principio de no maleficencia, al evitar daño emocional innecesario; acompañar las reacciones afectivas expresa beneficencia; y adaptar la comunicación a las necesidades y condiciones de cada persona reconoce la dignidad humana. Desde esta perspectiva, la comunicación de malas noticias no debe reducirse a transmitir información veraz, sino que implica hacerlo de manera cuidadosa, comprensible, gradual y humanizada (Solana López et al., 2022).

Bascuñán et al. (2007) señalan que la comunicación de malas noticias es una práctica frecuente para la cual muchos profesionales no han recibido formación específica. En su estudio exploratorio con médicos de hospitales en Santiago de Chile, se identificó que no existía un procedimiento acordado para comunicar malas noticias y que cada profesional había desarrollado sus propias estrategias a partir de la experiencia. Este hallazgo evidencia que la comunicación de

malas noticias no puede depender únicamente del criterio individual o de la exposición informal a escenarios clínicos, sino que requiere procesos formativos intencionales.

En este sentido, comunicar malas noticias debe entenderse como una competencia clínica, ética y relacional. Es clínica porque forma parte de la atención en salud y afecta la comprensión, adherencia, toma de decisiones y continuidad del cuidado. Es ética porque involucra verdad, autonomía, dignidad, cuidado y responsabilidad profesional. Es relacional porque ocurre en el vínculo entre personas, no en una transmisión unidireccional de datos. Esta triple naturaleza justifica que la competencia sea enseñada, practicada, retroalimentada y evaluada durante la formación de profesionales del área de la salud.

Impacto de la comunicación en pacientes, familias y profesionales

La forma en que se comunica una mala noticia puede tener consecuencias significativas en pacientes, familias y profesionales. Una comunicación deficiente puede generar confusión, ansiedad, desconfianza, sensación de abandono, percepción de maltrato, dificultades de adaptación, conflictos familiares y problemas en la relación terapéutica. Por el contrario, una comunicación clara, empática y estructurada puede favorecer la comprensión de la situación clínica, la expresión emocional, la toma de decisiones informadas, la adherencia al tratamiento, la planificación del cuidado y la construcción de confianza (Fallowfield & Jenkins, 2004; VandeKieft, 2001).

Baile et al. (2000) plantean que la entrevista de comunicación de malas noticias debe cumplir cuatro objetivos fundamentales: obtener información del paciente, transmitir información médica comprensible, brindar soporte emocional y construir una estrategia o plan de acción futuro. Esta perspectiva resulta especialmente útil porque desplaza el foco desde la simple entrega de información hacia un encuentro clínico más amplio, donde el profesional debe explorar qué sabe

el paciente, qué desea saber, cómo interpreta la situación, qué emociones emergen y qué pasos posteriores pueden acordarse.

El impacto de la comunicación también involucra a la familia. En muchos contextos latinoamericanos, la familia participa activamente en la toma de decisiones, solicita información, actúa como soporte del paciente y, en ocasiones, pide al profesional ocultar o modular la verdad. Bascuñán et al. (2007) describen que la presión familiar puede interferir con el deber ético de informar al paciente, especialmente cuando los familiares solicitan que no se revele determinada información. Esta situación exige habilidades comunicativas avanzadas para equilibrar autonomía, confidencialidad, cuidado, cultura familiar y acompañamiento.

Desde la perspectiva del profesional, comunicar malas noticias puede generar ansiedad, culpa, temor a provocar sufrimiento, sensación de fracaso, miedo a no saber responder a las emociones del paciente, preocupación por ser culpado y dificultad para manejar la propia respuesta emocional (Buckman, 1992; Monden et al., 2016). Baile (2015) subraya que los profesionales también experimentan emociones intensas al comunicar información adversa, y que estas emociones, si no son reconocidas y manejadas, pueden contribuir al distanciamiento emocional, la evitación de conversaciones difíciles o el desgaste profesional.

La comunicación de malas noticias no solo afecta al receptor de la noticia, sino también al profesional que la comunica. Bascuñán (2011) plantea que el trabajo con enfermedad, sufrimiento y muerte puede ser altamente desgastante, por lo que el autocuidado profesional debe incluirse en la formación. En su taller con estudiantes de medicina, la autora integró tres ejes: manejo de situaciones difíciles, comunicación de malas noticias y autocuidado del profesional. Este enfoque es relevante para la presente investigación, porque la herramienta educativa no debe centrarse

exclusivamente en qué decir al paciente, sino también en cómo el estudiante reconoce, regula y procesa sus propias emociones frente a una situación de alta carga afectiva.

La necesidad de formación también se observa en estudios regionales. Martín del Campo et al. (2012), en un estudio con 227 médicos especialistas del Hospital General de México, encontraron que aproximadamente 80% no había recibido educación para comunicar malas noticias, aunque casi todos se enfrentaban con frecuencia a esta tarea. Este hallazgo muestra que la experiencia profesional no garantiza necesariamente preparación formal, y que la comunicación de malas noticias sigue siendo una competencia insuficientemente enseñada en la formación sanitaria.

En Colombia, Chapues Andrade et al. (2025) encontraron que la adquisición de habilidades comunicativas en médicos internos ocurre frecuentemente de manera transversal y no estandarizada, con influencia del currículo oculto, las experiencias clínicas, los docentes, las condiciones socioculturales y las barreras institucionales. Este hallazgo es especialmente pertinente para el presente trabajo, ya que evidencia la necesidad de estrategias intencionales, estructuradas y evaluables para formar habilidades comunicativas antes del ingreso pleno a la práctica profesional.

Protocolos estructurados para comunicar malas noticias

Los protocolos para comunicar malas noticias surgieron como respuesta a la necesidad de orientar al profesional durante conversaciones difíciles. Su utilidad principal consiste en ofrecer una estructura que disminuya la improvisación, facilite la preparación del encuentro, ordene la entrega de información y permita responder de forma más adecuada a las emociones del paciente y su familia. Entre los protocolos más difundidos se encuentran SPIKES, ABCDE y BREAKS (Baile et al., 2000; Narayanan et al., 2010; VandeKieft, 2001).

El protocolo SPIKES, propuesto por Baile et al. (2000), es uno de los modelos más reconocidos en la literatura médica. Su nombre corresponde a seis pasos: Setting up the interview, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions y Strategy/Summary. En español, estos componentes suelen traducirse como preparación del entorno, percepción del paciente, invitación a recibir información, entrega de conocimiento, respuesta a emociones y estrategia o resumen. SPIKES fue formulado inicialmente en oncología, pero su estructura ha sido adaptada a diferentes contextos clínicos y educativos.

El primer paso, Setting, enfatiza la necesidad de preparar el ambiente físico y emocional de la conversación. Esto incluye buscar privacidad, disponer de tiempo, evitar interrupciones, sentarse, permitir la presencia de acompañantes elegidos por el paciente y preparar mentalmente al profesional. El segundo paso, Perception, consiste en explorar qué sabe o comprende el paciente sobre su situación. El tercero, Invitation, busca identificar cuánta información desea recibir. El cuarto, Knowledge, se centra en entregar la información de manera clara, gradual, sin tecnicismos innecesarios y verificando comprensión. El quinto, Emotions, orienta al profesional a responder de forma empática a las reacciones emocionales. Finalmente, Strategy/Summary propone sintetizar la información y acordar un plan posterior (Baile et al., 2000).

La fortaleza de SPIKES radica en que permite convertir una conversación compleja en una secuencia pedagógicamente enseñable. Sin embargo, el propio desarrollo posterior de la literatura ha mostrado que no debe aplicarse como una receta rígida. Baile (2015) señala que SPIKES debe entenderse como una guía flexible y centrada en el paciente, capaz de adaptarse a las necesidades, preferencias, emociones y contexto de cada persona. Esto resulta fundamental, porque la comunicación de malas noticias no ocurre de manera mecánica; exige lectura del contexto, sensibilidad y juicio clínico.

El modelo ABCDE, descrito por VandeKieft (2001), también ofrece una estructura para comunicar malas noticias: preparación anticipada, construcción de un ambiente terapéutico, comunicación clara, manejo de las reacciones del paciente y la familia, y validación emocional. Por su parte, Narayanan et al. (2010) propusieron el protocolo BREAKS, que incluye antecedentes, relación, exploración, anuncio de la noticia, reconocimiento emocional y síntesis. Aunque estos protocolos tienen diferencias en su organización, comparten elementos centrales: preparación del contexto, exploración previa, entrega gradual de información, manejo de emociones y cierre con orientación futura.

Gordillo Navas et al. (2020) destacan que SPIKES puede ser utilizado en escenarios de simulación para entrenar a profesionales de la salud en la entrega de malas noticias. Estos autores subrayan que la simulación permite modelar eventos clínicos en ambientes seguros, facilitar retroalimentación y favorecer el desarrollo de competencias prácticas, autoeficacia, razonamiento crítico y toma de decisiones. Este aporte es relevante porque permite conectar los protocolos comunicativos con estrategias pedagógicas aplicables a estudiantes.

Los protocolos también han sido adaptados a contextos no estrictamente oncológicos. Leone et al. (2017) exploraron la aplicabilidad de SPIKES en reproducción asistida y encontraron que, aunque el protocolo era práctico y comprensible, debía adaptarse a particularidades del contexto, como la reiteración de malas noticias, el hecho de que el “paciente” sea una pareja, la relación entre fertilidad e identidad, la presencia de desinformación y la necesidad de integrar aspectos clínicos y psicosociales. Este hallazgo refuerza que los protocolos son útiles, pero requieren contextualización.

Por tanto, los protocolos estructurados son herramientas valiosas para la enseñanza, pero no agotan la complejidad del proceso comunicativo. Sirven como andamiaje inicial, pero deben

complementarse con reflexión, flexibilidad, lectura del contexto, manejo emocional y adaptación a las necesidades del paciente, la familia, el equipo y el escenario clínico. Esta comprensión crítica permite transitar desde una enseñanza centrada en pasos hacia una formación basada en objetivos comunicativos.

Modelo C.E.R.C.A. como propuesta contextual y flexible

El modelo C.E.R.C.A., propuesto por Bascuñán y Luengo-Charath (2022), constituye una contribución especialmente pertinente para esta investigación, porque permite comprender la comunicación de malas noticias como un proceso orientado por objetivos y no exclusivamente como una secuencia rígida de pasos. C.E.R.C.A. corresponde a Contexto, Exploración, Revelación, Contención y Acuerdo de un plan de acción conjunto. Estos objetivos sintetizan elementos comunes de distintos protocolos, pero enfatizan la necesidad de flexibilidad, reflexión y contextualización.

El componente de Contexto se refiere a la preparación de las condiciones físicas, relacionales, temporales, informativas y emocionales de la conversación. Implica decidir dónde se realizará el encuentro, quiénes participarán, cuánto tiempo se requiere, qué información debe revisar el profesional, qué condiciones de privacidad se necesitan y cómo se prepara emocionalmente quien comunicará la noticia. En este sentido, el contexto no es solo el lugar físico, sino el marco relacional y comunicativo que hace posible una conversación respetuosa y cuidadosa (Bascuñán & Luengo-Charath, 2022).

El componente de Exploración busca indagar qué sabe el paciente, qué comprende, qué espera, qué teme, cuánto desea conocer y cuáles son sus recursos personales, familiares y culturales. Este objetivo se articula con el principio de “preguntar antes de informar”. Explorar permite adaptar la comunicación al nivel de comprensión del paciente y evita imponer información

de manera abrupta o desconectada de sus necesidades. También permite identificar desinformación, expectativas poco realistas o mecanismos de negación que pueden influir en la recepción de la noticia.

El componente de Revelación corresponde a la entrega de la información adversa de manera clara, honesta, gradual y comprensible. Revelar no equivale a descargar toda la información disponible, sino a comunicarla de forma dosificada, verificando comprensión y permitiendo preguntas. Solana López et al. (2022) advierten que el uso de tecnicismos, circunloquios o mensajes excesivamente ambiguos puede aumentar la ansiedad y favorecer malentendidos. Por ello, la revelación requiere un equilibrio entre claridad y sensibilidad, evitando tanto el falso optimismo como el catastrofismo.

El componente de Contención se orienta al reconocimiento, validación y acompañamiento de las emociones que emergen durante la conversación. La literatura coincide en que esta es una de las dimensiones más difíciles para los profesionales, porque exige sostener el silencio, tolerar el llanto, responder a la ira, reconocer la tristeza, manejar la culpa y evitar respuestas defensivas o evitativas (Baile et al., 2000; Baile, 2015; Bascuñán, 2011). Contener implica hacer sentir al paciente y su familia que no están solos, que su reacción emocional es legítima y que el profesional puede acompañar la situación sin huir del sufrimiento.

El componente de Acuerdo de un plan de acción conjunto permite cerrar la conversación con orientación, continuidad y sentido de acompañamiento. Este objetivo evita que la mala noticia quede como un evento aislado y desestructurante. El acuerdo puede incluir próximos pasos diagnósticos o terapéuticos, derivaciones, seguimiento, apoyo psicológico, acompañamiento familiar, cuidados paliativos, toma de decisiones o simplemente una nueva conversación. Baile et al. (2000) señalan que los pacientes con un plan claro tienden a sentirse menos ansiosos e inciertos.

Una de las contribuciones más importantes de Bascuñán y Luengo-Charath (2022) es señalar las limitaciones de los protocolos tradicionales cuando son entendidos como procedimientos estandarizados. Las autoras plantean que la comunicación de malas noticias debe concebirse como un proceso y no únicamente como un evento. Además, proponen complementar los protocolos con reflexividad, flexibilidad, reconocimiento del mundo afectivo, carácter contextual y comprensión de la relación grupal médico-equipo-paciente-familia. Esta lectura es coherente con la presente investigación, porque una herramienta educativa basada en C.E.R.C.A. no debe enseñar a repetir pasos, sino a desarrollar objetivos comunicativos aplicables a distintos escenarios.

Desde esta perspectiva, C.E.R.C.A. resulta especialmente útil para estudiantes de medicina y psicología, porque permite articular habilidades comunes y roles diferenciales. Medicina aporta el componente de claridad clínica, explicación diagnóstica, pronóstica o terapéutica, y orientación del plan de atención. Psicología aporta comprensión emocional, contención, lectura de procesos subjetivos, intervención en crisis y acompañamiento del sufrimiento. Ambas disciplinas convergen en la necesidad de comunicar con respeto, claridad, empatía y responsabilidad.

Formación en comunicación de malas noticias en estudiantes del área de la salud

La formación en comunicación de malas noticias durante el pregrado es una necesidad reconocida por la literatura internacional y regional. Históricamente, la educación en salud ha privilegiado competencias biomédicas, diagnósticas y procedimentales, mientras que las habilidades comunicativas han sido aprendidas con frecuencia a través de observación, experiencia clínica o currículo oculto. Sin embargo, múltiples estudios han mostrado que la comunicación clínica puede enseñarse, entrenarse y mejorar mediante estrategias pedagógicas estructuradas (Aspegren, 1999; Kurtz et al., 2005; Silverman et al., 2013).

Karnieli-Miller et al. (2022) sostienen que la enseñanza de comunicación de malas noticias debe incorporarse desde el pregrado, de manera progresiva, reflexiva y experiencial. Esta recomendación es coherente con los hallazgos de Lenkiewicz et al. (2022), quienes evidenciaron que los estudiantes de medicina reconocen la importancia de esta competencia, pero manifiestan necesidades formativas y preferencias por estrategias educativas prácticas. Monden et al. (2016) también muestran que, aunque la mayoría de profesionales considera que comunicar malas noticias es una habilidad muy importante, una proporción considerable percibe no tener entrenamiento suficiente.

La revisión sistemática de Camargo et al. (2019) identificó que las estrategias de enseñanza más frecuentes incluyen métodos mixtos, con combinación de aprendizaje activo y pasivo. Los autores encontraron que el tema suele ser bien recibido por estudiantes y que estos reportan mejoría en su capacidad comunicativa después de la formación. Este hallazgo respalda la necesidad de integrar la comunicación de malas noticias en el currículo regular y no dejarla como un contenido ocasional o periférico.

Johnson y Panagioti (2018), en una revisión sistemática y metaanálisis, reportaron que las intervenciones educativas pueden mejorar la forma en que médicos, estudiantes e internos/residentes comunican noticias difíciles. De manera similar, Dale MacLaine et al. (2021) encontraron que la simulación constituye una estrategia útil para enseñar comunicación de malas noticias en estudiantes de medicina. Gilligan et al. (2021), en una revisión Cochrane sobre intervenciones para mejorar la comunicación interpersonal en estudiantes de medicina, también respaldan la importancia de intervenciones educativas estructuradas, aunque señalan heterogeneidad metodológica en los estudios.

En América Latina, el déficit de formación también ha sido documentado. Martín del Campo et al. (2012) encontraron que la mayoría de médicos especialistas encuestados no había recibido entrenamiento formal para comunicar malas noticias. Bascuñán (2011) reportó que estudiantes de medicina valoraron especialmente un taller centrado en situaciones difíciles, malas noticias y autocuidado, sobre todo por su enfoque experiencial, la posibilidad de compartir vivencias y el uso de juego de roles. Estos datos sugieren que la formación en comunicación no solo debe transmitir conocimientos, sino ofrecer espacios seguros para experimentar, reflexionar y recibir retroalimentación.

En Colombia, Chapues Andrade et al. (2025) aportan evidencia contextual relevante al mostrar que los médicos internos adquieren habilidades comunicativas de manera transversal y no siempre estandarizada, influenciados por factores personales, familiares, socioculturales, administrativos, académicos y por el currículo oculto. Este hallazgo refuerza la necesidad de herramientas educativas intencionales, validadas y adaptadas al contexto institucional, especialmente antes del inicio de prácticas profesionales.

La formación en comunicación de malas noticias resulta especialmente pertinente para estudiantes de medicina y psicología. En medicina, los estudiantes se enfrentarán a diagnósticos graves, deterioro clínico, muerte, complicaciones, limitaciones terapéuticas y toma de decisiones con pacientes y familias. En psicología, participarán en procesos de intervención en crisis, duelo, riesgo suicida, comunicación de hallazgos psicológicos, acompañamiento emocional y orientación familiar. Por tanto, esta competencia no pertenece exclusivamente al campo médico, sino que requiere un enfoque interdisciplinario.

La presente investigación se ubica precisamente en este vacío formativo. Al diseñar y validar una herramienta educativa basada en C.E.R.C.A., se busca aportar una propuesta

estructurada, contextual y pedagógicamente pertinente para fortalecer habilidades comunicativas antes de la exposición directa a escenarios reales de práctica. No obstante, en coherencia con el alcance del presente informe, la investigación reporta únicamente la Fase 1 de diseño y validación de contenido, dejando la evaluación de su efecto educativo para una Fase 2 posterior.

Simulación, juego de roles y aprendizaje experiencial

La enseñanza de la comunicación de malas noticias requiere estrategias activas que permitan integrar conocimiento, conducta comunicativa, reflexión emocional y retroalimentación. La evidencia ha mostrado que la simple exposición teórica a protocolos no es suficiente para garantizar una comunicación adecuada. Los estudiantes requieren oportunidades para practicar en ambientes seguros, equivocarse sin dañar a pacientes reales, observar sus propias respuestas emocionales y recibir retroalimentación estructurada (Dale MacLaine et al., 2021; Gordillo Navas et al., 2020).

La simulación clínica es una estrategia ampliamente utilizada en educación en salud. En el contexto de comunicación de malas noticias, permite reproducir escenarios de alta carga emocional mediante pacientes simulados, actores, compañeros entrenados o juegos de roles. Esta metodología favorece el desarrollo de habilidades comunicativas observables, como preparar el entorno, explorar la percepción del paciente, entregar información clara, responder a emociones, verificar comprensión y acordar un plan posterior. Además, permite evaluar el desempeño del estudiante y promover la reflexión posterior.

Gordillo Navas et al. (2020) proponen la simulación como estrategia para aplicar el protocolo SPIKES en comunicación de malas noticias, destacando que este tipo de entrenamiento permite modelar eventos clínicos en un ambiente controlado y seguro. La simulación puede fortalecer la autoeficacia, la toma de decisiones, el razonamiento crítico, el trabajo en equipo y la

comunicación. En esta misma línea, Carrard et al. (2020) exploraron la simulación con pacientes virtuales, mientras que Amsalem et al. (2021) reportaron beneficios de la simulación en residentes de psiquiatría.

El juego de roles constituye una estrategia especialmente útil en la formación de pregrado, porque permite que los estudiantes asuman distintos lugares dentro de la interacción: profesional, paciente, familiar u observador. Esta rotación facilita la toma de perspectiva, la empatía, la identificación de barreras comunicativas, la observación de emociones y la construcción de retroalimentación. Bascuñán (2011) señala que los estudiantes valoran particularmente los ejercicios de juego de roles con actores, porque les permiten reconocer emociones, defensas, dificultades personales y necesidades de autocuidado.

El aprendizaje experiencial también favorece la integración entre habilidades y actitudes. Bascuñán (2011) advierte que la comunicación puede concebirse tanto como habilidad observable como actitud relacional. Desde la perspectiva de habilidades, se entrenan conductas comunicativas; desde la perspectiva actitudinal, se trabaja autoconocimiento, valores, reflexión, sensibilidad y relación con el paciente. Una herramienta educativa sólida debe articular ambas dimensiones: enseñar qué hacer y cómo hacerlo, pero también promover reflexión sobre quién comunica, desde qué lugar emocional y con qué responsabilidad ética.

Las intervenciones educativas recientes también han incorporado aprendizaje combinado, recursos virtuales, pacientes estandarizados, retroalimentación audiovisual y modelos de dominio. Aunque estas estrategias varían en duración, intensidad y forma de evaluación, comparten el propósito de superar la enseñanza puramente declarativa. La comunicación de malas noticias no puede aprenderse únicamente leyendo protocolos; requiere práctica, supervisión, análisis de casos,

reflexión y retroalimentación (Dale MacLaine et al., 2021; Gilligan et al., 2021; Johnson & Panagioti, 2018).

La herramienta educativa objeto de esta investigación se alinea con este enfoque experiencial, al incluir contenidos conceptuales, análisis de situaciones, actividades reflexivas, juego de roles, retroalimentación y seguimiento proyectado. Su validación de contenido por jueces expertos permite valorar si estos componentes son claros, coherentes, relevantes y suficientes antes de su implementación con estudiantes.

Perspectiva interdisciplinaria: medicina y psicología

La comunicación de malas noticias ha sido tradicionalmente abordada desde la medicina, especialmente en oncología, cuidados paliativos, urgencias y atención hospitalaria. Sin embargo, su relevancia trasciende el acto médico. En psicología clínica y de la salud, esta competencia resulta igualmente fundamental, dado que los psicólogos participan en procesos de acompañamiento emocional, intervención en crisis, duelo, comunicación de hallazgos psicológicos, orientación familiar y contención del sufrimiento. Por ello, el entrenamiento debe concebirse desde una perspectiva interdisciplinaria.

La medicina y la psicología comparten escenarios en los que la información adversa impacta la vida de pacientes y familias. Mientras el médico suele comunicar diagnósticos, pronósticos, resultados o decisiones terapéuticas, el psicólogo puede acompañar la elaboración emocional, intervenir en crisis, facilitar la comprensión subjetiva de la noticia y apoyar el afrontamiento. Esta complementariedad justifica la formación conjunta de estudiantes de ambas disciplinas, especialmente antes del ingreso a prácticas profesionales, cuando se incrementa la exposición a escenarios reales.

La perspectiva interdisciplinaria también permite reconocer que comunicar malas noticias no es un acto exclusivamente informativo, sino una experiencia relacional y afectiva. Solana López et al. (2022) proponen entender la comunicación de malas noticias como una oportunidad para cuidar, acompañar y aliviar. Esta idea es especialmente importante para una herramienta educativa dirigida a medicina y psicología, porque permite articular el saber clínico con el cuidado emocional y la humanización de la atención.

En este contexto, el modelo C.E.R.C.A. ofrece una estructura adecuada para integrar ambas disciplinas. El contexto requiere preparación clínica y relacional; la exploración exige escucha activa y comprensión de expectativas; la revelación demanda claridad informativa; la contención requiere habilidades psicológicas y emocionales; y el acuerdo de un plan de acción involucra orientación, continuidad y corresponsabilidad. Así, cada componente permite vincular competencias médicas y psicológicas sin diluir la especificidad de cada profesión.

La formación conjunta también puede favorecer el trabajo colaborativo en salud. Los estudiantes aprenden a reconocer límites profesionales, identificar cuándo derivar, cómo acompañar y cómo construir respuestas integrales. Esta mirada resulta coherente con los enfoques contemporáneos de atención centrada en la persona, cuidado humanizado y trabajo interdisciplinario. En consecuencia, una herramienta educativa validada para estudiantes de medicina y psicología puede aportar al fortalecimiento de competencias comunicativas comunes y complementarias.

Validación de contenido como fase previa a la implementación educativa

El diseño de una herramienta educativa exige un proceso de validación antes de su aplicación en población estudiantil. La validez de contenido permite establecer si los elementos de un instrumento, material o recurso formativo representan adecuadamente el constructo que se

pretende abordar. En este caso, el constructo corresponde al entrenamiento en comunicación de malas noticias mediante los objetivos del modelo C.E.R.C.A. La validación por jueces expertos permite revisar la pertinencia, claridad, coherencia y suficiencia del material antes de implementarlo.

Tristán-López (2008) propuso una modificación al modelo de Lawshe para estimar cuantitativamente la validez de contenido mediante el CVR ajustado. Este procedimiento permite valorar el grado de acuerdo entre expertos respecto a la adecuación de los ítems o componentes evaluados. En procesos de diseño educativo, esta estimación cuantitativa puede complementarse con observaciones cualitativas, las cuales permiten identificar ajustes de redacción, estructura, aplicabilidad, pertinencia o suficiencia.

La validación de contenido no equivale a demostrar efectividad educativa. Una herramienta puede ser considerada clara, coherente, relevante y suficiente por expertos, pero aún requiere estudios posteriores para evaluar su aceptabilidad, factibilidad, efecto sobre conocimientos, desempeño comunicativo, autoconfianza, habilidades observadas o transferencia a la práctica. Por esta razón, la Fase 1 del presente trabajo debe interpretarse como una etapa inicial de diseño y validación, no como evidencia de impacto formativo en estudiantes.

Esta distinción es fundamental para mantener la coherencia metodológica del estudio. El protocolo general contempló una Fase 2 de implementación con estudiantes mediante mediciones pretest-postest, pero dicha fase no fue ejecutada en el presente informe. Por tanto, los resultados se limitan a la validación de contenido realizada por jueces expertos y a los ajustes derivados de sus observaciones. La evaluación del efecto educativo de la herramienta queda pendiente para investigaciones posteriores.

Desde el punto de vista metodológico, la validación de contenido aporta rigor al proceso de construcción del material. Permite evitar que la herramienta sea implementada sin revisión previa, reduce ambigüedades, fortalece la coherencia entre teoría y actividades, y mejora su aplicabilidad futura. Además, en una temática sensible como la comunicación de malas noticias, la validación por expertos resulta especialmente necesaria, porque el material debe cuidar no solo la claridad pedagógica, sino también la pertinencia ética y emocional de las actividades propuestas.

Síntesis conceptual

La comunicación de malas noticias es una competencia compleja, transversal e interdisciplinaria que combina información clínica, ética, relación terapéutica, contención emocional y planificación del cuidado. La literatura coincide en que esta competencia no se adquiere de manera espontánea ni mejora necesariamente solo con la experiencia; requiere formación estructurada, práctica deliberada, retroalimentación y reflexión. Los protocolos como SPIKES, ABCDE y BREAKS ofrecen guías útiles, pero sus limitaciones muestran la necesidad de modelos más flexibles y contextualizados.

El modelo C.E.R.C.A. responde a esta necesidad al organizar la comunicación de malas noticias en cinco objetivos: contexto, exploración, revelación, contención y acuerdo de un plan de acción conjunto. Su valor para la presente investigación radica en que permite diseñar una herramienta educativa orientada no a la repetición mecánica de pasos, sino al desarrollo de competencias comunicativas aplicables a escenarios clínicos y psicológicos diversos.

La evidencia sobre educación en salud respalda el uso de simulación, juego de roles, aprendizaje experiencial, reflexión y retroalimentación como estrategias pertinentes para formar habilidades comunicativas. Asimismo, la literatura latinoamericana y colombiana evidencia que la formación en comunicación continúa siendo heterogénea, frecuentemente no estandarizada y

dependiente del currículo oculto. En este escenario, el diseño y validación de una herramienta educativa basada en C.E.R.C.A. constituye un aporte pertinente como fase previa a la implementación con estudiantes.

En consecuencia, el presente marco teórico y conceptual sustenta la necesidad de diseñar y validar una herramienta educativa para la comunicación de malas noticias en estudiantes de pregrado de medicina y psicología próximos al inicio de sus prácticas profesionales. La Fase 1 ejecutada aporta evidencia inicial de validez de contenido, mientras que la Fase 2, pendiente de desarrollo, deberá evaluar su implementación, aceptabilidad y posible efecto educativo en población estudiantil.

Método

Diseño general del protocolo

El protocolo general de la investigación se planteó como un estudio en educación en salud con dos fases complementarias. La Fase 1 correspondió al desarrollo de la herramienta educativa y a la validación de contenido mediante juicio de expertos. La Fase 2 se proyectó como una evaluación cuantitativa de tipo preexperimental, con mediciones pretest y postest en estudiantes, orientada a explorar cambios en conocimientos y habilidades comunicativas asociados a la entrega de malas noticias.

El presente documento reporta únicamente la Fase 1 ejecutada (desarrollo del material, validación de contenido y ajustes derivados de valoraciones cuantitativas y cualitativas). La Fase 2, relacionada con la implementación con estudiantes y la evaluación pretest-postest, no se desarrolló dentro del alcance final de este trabajo y queda planteada para investigaciones posteriores. En consecuencia, los resultados del informe se limitan a la evidencia de validez de contenido de la herramienta educativa y del instrumento de evaluación asociado.

Tipo de estudio de la fase ejecutada

La Fase 1 se reconoce su carácter aplicado porque el producto; herramienta educativa, se construyó para responder a una necesidad formativa concreta: fortalecer la preparación de estudiantes de medicina, psicología y áreas afines frente a la comunicación de malas noticias en escenarios clínicos y de atención en salud, mientras que los instrumentos diseñados para pretest y postest corresponden a una necesidad metodológica a partir del diseño de la investigación.

La presente investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo y correspondió a un estudio descriptivo orientado al diseño y validación de una herramienta educativa para el entrenamiento en comunicación de malas noticias en estudiantes del área de la salud. El estudio se estructuró en dos fases. La primera fase estuvo dirigida al diseño de la herramienta educativa y a la validación de su contenido mediante juicio de expertos. La segunda fase fue planteada como una evaluación preexperimental con mediciones pretest y posttest en estudiantes de medicina y psicología, con el propósito de valorar los cambios en conocimientos y habilidades comunicativas derivados de la implementación de la herramienta. Sin embargo, debido a limitaciones relacionadas con el tiempo de ejecución del proyecto, únicamente se desarrolló la primera fase correspondiente al diseño y validación de contenido de la herramienta educativa.

Participantes

La Fase 1 contó con la participación de cinco jueces expertos, seleccionados por su experiencia clínica, docente y/o académica en áreas relacionadas con comunicación clínica, comunicación de malas noticias, psicología clínica y de la salud, ética en salud, humanización de la atención o formación de estudiantes del área de la salud. La participación de jueces expertos permitió valorar la calidad conceptual, metodológica y pedagógica de la herramienta educativa antes de su implementación futura.

Los jueces expertos fueron identificados mediante códigos alfanuméricos con el fin de proteger su confidencialidad. En la presentación de resultados se emplearon las denominaciones J1, J2, J3, J4 y J5, evitando la divulgación de datos personales que permitieran su identificación

directa. La idoneidad de los jueces se sustentó en su formación profesional, trayectoria clínica o docente, experiencia en escenarios de salud y conocimiento aplicado sobre procesos de comunicación, acompañamiento emocional o formación profesional.

Para la selección de los jueces expertos se utilizó un muestreo no probabilístico por criterio. Este tipo de muestreo fue pertinente porque el propósito de la Fase 1 no fue estimar parámetros poblacionales, sino contar con evaluadores cualificados capaces de emitir juicios fundamentados sobre la claridad, coherencia, relevancia y suficiencia de la herramienta educativa. La selección se realizó a partir de criterios definidos por el equipo investigador, orientados a garantizar la pertinencia técnica, académica y profesional de las valoraciones emitidas.

La selección de los jueces procuró incluir profesionales con experiencia en contextos clínicos, asistenciales o educativos, así como con familiaridad en procesos de comunicación clínica, acompañamiento emocional, ética profesional, humanización de la atención o formación de estudiantes del área de la salud. Este procedimiento buscó fortalecer la calidad del juicio experto y reducir el riesgo de valoraciones emitidas por participantes sin relación suficiente con el objeto de estudio.

Criterios de inclusión de los jueces expertos

Para participar como juez experto se consideró necesario ser profesional titulado en medicina, psicología u otra profesión afín al contexto clínico-asistencial; contar con experiencia laboral en escenarios clínicos, hospitalarios, comunitarios o educativos relacionados con la atención en salud; y tener experiencia directa o conocimiento aplicado en comunicación de malas noticias, comunicación clínica, acompañamiento emocional, intervención en crisis, ética en salud, humanización o formación de estudiantes. También se consideró relevante contar con trayectoria docente, participación en procesos de capacitación, supervisión de prácticas o experiencia

académica relacionada con la enseñanza en salud. Finalmente, se solicitó disponibilidad voluntaria para revisar la herramienta educativa, diligenciar las rejillas de evaluación y emitir observaciones cualitativas orientadas al fortalecimiento del material.

Criterios de exclusión de los jueces expertos

Se excluyeron del proceso de validación aquellos profesionales que presentaran conflicto de interés directo con el diseño o elaboración de la herramienta educativa, relación de subordinación directa con el equipo investigador que pudiera comprometer la independencia del juicio, ausencia de experiencia clínica, docente o formativa relacionada con el propósito del estudio, o condiciones personales, éticas o profesionales que pudieran afectar la objetividad, confidencialidad o calidad del proceso evaluativo. También se excluyeron profesionales en formación que no contaran con título profesional, participantes que no aceptaran las condiciones del proceso de validación o que no otorgaran su consentimiento para participar como evaluadores expertos.

Variables del protocolo y categorías analizadas en la Fase 1

En la Fase 1 ejecutada, el análisis se centró en la evidencia de validez de contenido de la herramienta educativa y del instrumento de evaluación asociado. Las categorías evaluadas fueron claridad, coherencia, relevancia y suficiencia. La claridad valoró la comprensión del lenguaje, las instrucciones y las actividades; la coherencia examinó la articulación lógica entre los objetivos del modelo C.E.R.C.A., los contenidos y las estrategias pedagógicas; la relevancia se refirió a la pertinencia de los componentes para el entrenamiento en comunicación de malas noticias; y la suficiencia valoró si el material cubría de manera adecuada las dimensiones necesarias para el propósito formativo.

En el protocolo general, la herramienta educativa fue concebida como la intervención (variable independiente) para una Fase 2 proyectada, mientras que los conocimientos y habilidades comunicativas se consideraron variables dependientes a evaluar mediante mediciones pretest y postest, junto con variables sociodemográficas (p. ej., edad, sexo, programa académico y semestre). Dado que la Fase 2 no se desarrolló dentro del alcance del presente informe, dichas variables no fueron medidas ni analizadas empíricamente.

Instrumentos de evaluación

En la Fase 1 se emplearon: (a) la herramienta educativa (material formativo/intervención) basada en el modelo C.E.R.C.A.; (b) es la variable independiente asociado previsto para una futura Fase 2 (medición pretest-postest); y (c) las rejillas de validación para jueces expertos, que incluyeron un espacio para observaciones cualitativas. Todos los documentos utilizados en esta fase se presentan de manera íntegra en la sección de anexos. Específicamente, el Anexo A corresponde a la Herramienta educativa basada en el modelo C.E.R.C.A. para la comunicación de malas noticias (versión ajustada posterior al juicio de expertos); el Anexo B contiene el Instrumento de evaluación asociado para futura implementación; el Anexo C presenta la Rejilla de evaluación de la herramienta educativa para jueces expertos; y el Anexo D incluye la Rejilla de evaluación del instrumento asociado para futura implementación.

La herramienta educativa se diseñó como un recurso formativo estructurado en sesiones, actividades y guiones de simulación orientados al desarrollo progresivo de habilidades comunicativas en la entrega de malas noticias. Sus componentes se alinearon con los objetivos del modelo C.E.R.C.A. (contexto, exploración, revelación, contención y acuerdo), e incluyeron actividades introductorias, ejercicios experienciales, espacios reflexivos y juegos de roles. La

versión ajustada posterior al juicio de expertos se presenta en el Anexo A; los guiones y casos simulados se incluyen en el Anexo B.

El instrumento de evaluación asociado se construyó como un recurso de medición para una implementación futura (Fase 2) y no hizo parte de la necesidad formativa en sí misma, sino de la necesidad metodológica de evaluar cambios antes y después de la intervención. El instrumento contiene 12 ítems distribuidos en dimensiones de conocimiento teórico y habilidades prácticas relacionadas con la comunicación de malas noticias, con opciones de respuesta cerradas y estructura de respuesta definida según el tipo de pregunta. Este instrumento fue validado en contenido por jueces expertos, pero no fue aplicado a estudiantes en la Fase 1. La estructura, dimensiones e ítems se presentan en el Anexo B.

Las rejillas de validación para jueces expertos (Anexos C y D) permitieron valorar, para cada componente/ítem, los criterios de claridad, coherencia, relevancia y suficiencia. Cada criterio contó con una definición operativa (Anexo C) y una escala ordinal de cuatro niveles. La misma rejilla incorporó un apartado para observaciones cualitativas, utilizado para registrar recomendaciones específicas de ajuste.

Escala de evaluación y recodificación para el CVR*

Las rejillas se diligenciaron con una escala ordinal de cuatro niveles: 1 = no cumple, 2 = bajo nivel, 3 = nivel moderado y 4 = nivel alto. Para la síntesis descriptiva se mantuvieron las categorías originales.

Para estimar la razón de validez de contenido ajustada (CVR*), las valoraciones se recodificaron en términos de juicio favorable (3–4) o no favorable (1–2), de modo consistente con el objetivo de identificar acuerdo suficiente respecto a la adecuación de cada componente. Con

esta recodificación se calculó CVR* como la proporción de jueces que emitieron una valoración favorable por criterio y componente (ne/N).

Procedimiento

El procedimiento del protocolo general fue organizado en dos fases. La primera fase correspondió al diseño y validación de contenido de la herramienta educativa mediante juicio de expertos. La segunda fase fue proyectada para la aplicación posterior de la herramienta en estudiantes, con mediciones pretest y postest.

Fase 1: desarrollo y validación de contenido

En la Fase 1, el equipo investigador realizó inicialmente una revisión teórica y documental sobre comunicación de malas noticias, modelos estructurados de comunicación clínica, estrategias pedagógicas para el entrenamiento de habilidades comunicativas y fundamentos del modelo C.E.R.C.A. A partir de esta revisión, se definieron los componentes conceptuales y pedagógicos de la herramienta educativa, procurando que las actividades respondieran a los objetivos de contexto, exploración, revelación, contención y acuerdo de un plan de acción.

Posteriormente, se diseñó la herramienta educativa, organizada en sesiones formativas orientadas al desarrollo progresivo de habilidades comunicativas. La estructura incluyó actividades introductorias, explicación de conceptos centrales, ejercicios de análisis, espacios reflexivos, juego de roles, actividades de cierre y una propuesta de seguimiento para futuras aplicaciones. También se diseñaron los instrumentos asociados previstos para la fase de implementación, los cuales fueron incluidos en el proceso de validación por expertos.

Una vez elaborados los materiales, se seleccionaron los jueces expertos de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión establecidos. A cada juez se le explicó el objetivo del estudio, el alcance de su participación, las características de la herramienta educativa, los criterios de evaluación y las condiciones de confidencialidad y voluntariedad. Posteriormente, se les entregó la herramienta educativa, la síntesis del modelo C.E.R.C.A., las rejillas de valoración y el formato de observaciones cualitativas. Los jueces revisaron de manera independiente los materiales y emitieron sus valoraciones sobre claridad, coherencia, relevancia y suficiencia. La invitación formal, el consentimiento informado y la caracterización de los jueces, se remitieron mediante los formatos incluidos en los Anexos E, F y G, respectivamente, junto con las rejillas de validación (Anexos C y D).

Después de recibir las valoraciones, el equipo investigador organizó la información en matrices de análisis. Las respuestas cuantitativas se sistematizaron para el cálculo de CVR* y se documentaron en matrices de resultados (Anexos H e I). Las observaciones cualitativas se agruparon en categorías y se registraron en una matriz de síntesis (Anexo J), y la trazabilidad de los ajustes realizados se consignó en la matriz de ajustes (Anexo K).

Finalmente, con base en los resultados del juicio experto, se realizaron ajustes a la herramienta educativa. Estos ajustes incluyeron reorganización de tiempos, reducción y articulación de espacios reflexivos, ampliación de escenarios de juego de roles, precisión de instrucciones, diferenciación de roles para estudiantes de medicina y psicología, y fortalecimiento de la estrategia de seguimiento propuesta para futuras aplicaciones. De esta manera, el proceso de validación permitió consolidar una versión más clara, coherente, pertinente y suficiente de la herramienta.

Control de calidad y rigor metodológico

Con el fin de fortalecer la calidad del proceso de validación, se definieron criterios explícitos para la selección de los jueces expertos, se utilizaron dimensiones de evaluación previamente establecidas y se promovió la valoración independiente de cada participante. Asimismo, se evitó inducir respuestas o condicionar las calificaciones, de modo que los jueces pudieran emitir sus valoraciones con autonomía técnica. La inclusión de observaciones cualitativas permitió complementar el análisis numérico y reducir el riesgo de interpretar la validez de contenido únicamente a partir de porcentajes o índices cuantitativos.

El control de calidad también incluyó la sistematización de las valoraciones en matrices de análisis, la revisión de consistencia de los datos registrados y la trazabilidad entre observaciones de jueces y ajustes realizados a la herramienta. Este procedimiento permitió documentar cómo las recomendaciones expertas contribuyeron al fortalecimiento del material educativo. Además, la delimitación explícita del alcance de la investigación permitió evitar inferencias no sustentadas sobre efectividad, impacto o cambio en habilidades comunicativas, dado que la fase de implementación con estudiantes no fue ejecutada.

Consideraciones éticas

La presente investigación se desarrolló conforme a los principios éticos aplicables a la investigación en psicología, salud y educación en Colombia. En particular, se tuvo en cuenta la Ley 1090 de 2006, que reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología y establece disposiciones deontológicas y bioéticas para el actuar profesional; la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, que establece normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; y la Ley 1581 de 2012, que regula la protección de datos personales en el territorio colombiano (Congreso de Colombia, 2006, 2012; Ministerio de Salud, 1993).

El presente reporte corresponde únicamente a la Fase 1 del protocolo, orientada al diseño y validación de contenido de una herramienta educativa mediante juicio de expertos. Esta fase no implicó intervención clínica, procedimientos invasivos, manipulación de variables biológicas, acceso a historias clínicas, contacto con pacientes, aplicación de instrumentos a estudiantes ni realización de mediciones pretest-postest. La participación se limitó a jueces expertos que revisaron materiales educativos e instrumentos asociados, emitieron valoraciones cuantitativas sobre claridad, coherencia, relevancia y suficiencia, y formularon observaciones cualitativas para el fortalecimiento de la herramienta.

De acuerdo con la Resolución 8430 de 1993, la investigación es de riesgo mínimo, en la medida en que no se realizó intervención o modificación intencionada de variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los participantes, y la actividad se restringió a la revisión académica de materiales educativos por parte de profesionales expertos. Aun así, se adoptaron medidas de protección ética orientadas a garantizar la voluntariedad, confidencialidad, autonomía y uso responsable de la información suministrada por los jueces.

La participación de los jueces expertos fue voluntaria e informada. Antes de emitir sus valoraciones, cada participante recibió información sobre el objetivo del estudio, el alcance de su participación, las características generales de la herramienta educativa, los criterios de evaluación, el manejo confidencial de la información y el uso académico de sus aportes. Los jueces tuvieron la posibilidad de aceptar o rechazar su participación, abstenerse de responder algún apartado o retirarse del proceso sin consecuencias personales, laborales, académicas o institucionales.

Para proteger la confidencialidad de los participantes, los jueces expertos fueron identificados mediante códigos alfanuméricos —J1, J2, J3, J4 y J5—. Sus valoraciones se

presentaron de forma agregada o codificada, evitando la divulgación de información que permitiera su identificación directa. La información recolectada fue utilizada exclusivamente con fines académicos, metodológicos e investigativos, particularmente para estimar la validez de contenido de la herramienta y orientar los ajustes derivados del juicio experto.

En concordancia con la Ley 1581 de 2012, los datos personales de los jueces fueron tratados bajo principios de finalidad, confidencialidad, circulación restringida y seguridad. No se recolectaron datos sensibles innecesarios ni información ajena al propósito de validación. El acceso a la información fue limitado al equipo investigador y su uso se restringió al desarrollo del trabajo de grado. La presentación de resultados se realizó mediante códigos y matrices agregadas, con el fin de preservar la privacidad de los participantes.

Desde el punto de vista deontológico, el estudio se orientó por los principios de responsabilidad profesional, respeto por la dignidad humana, confidencialidad y uso competente de la información, en coherencia con la Ley 1090 de 2006. Dado que la herramienta educativa aborda situaciones emocionalmente sensibles relacionadas con la comunicación de malas noticias, el diseño del material incorporó criterios de cuidado, respeto, no maleficencia, contención emocional y pertinencia formativa. Aunque la herramienta no fue aplicada a estudiantes durante la fase reportada, se reconoció la necesidad de que cualquier implementación futura contemple estrategias de acompañamiento emocional y manejo seguro de escenarios simulados.

La Fase 2 del protocolo, orientada a la implementación de la herramienta educativa con estudiantes de medicina y psicología y a la realización de mediciones antes y después de la

intervención. En caso de desarrollarse en estudios posteriores, Se cuenta con aprobación ética institucional.

El protocolo contó con evaluación y aval del Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas. Mediante concepto CEIFUS 2869-25 del 31 de octubre de 2025, el Comité aprobó por consenso la evaluación inicial del protocolo, al considerar que el proyecto no comprometía la seguridad ni el bienestar de los participantes y respetaba sus derechos como sujetos de investigación. Posteriormente, mediante concepto CEIFUS 987-26 del 23 de abril de 2026, el Comité aprobó la enmienda al protocolo, en la cual se precisó la necesidad de ampliar el procedimiento inicialmente descrito para incorporar una fase de validación de la herramienta educativa mediante juicio de expertos, previa a su implementación directa en población estudiantil. Esta aprobación permitió ajustar el alcance metodológico del estudio, delimitar la Fase 1 al diseño y validación de contenido de la herramienta, y dejar la aplicación con estudiantes como una fase posterior. Asimismo, el Comité aprobó los cambios relacionados con el consentimiento informado, señalando que la versión actualizada y sellada por el Comité correspondía al único documento autorizado para el proceso de consentimiento con los participantes.

El manejo ético del presente estudio se fundamentó en la delimitación clara del alcance ejecutado, la participación voluntaria de jueces expertos, la confidencialidad de la información, la codificación de los participantes, el tratamiento responsable de los datos y el reconocimiento de que la herramienta validada requiere una nueva revisión ética antes de ser implementada en población estudiantil. De esta manera, la investigación mantuvo coherencia entre sus objetivos, procedimientos, nivel de riesgo y principios éticos aplicables al campo de la psicología clínica y de la salud.

Resultados

El análisis de la información correspondiente a la Fase 1 se realizó en dos niveles. En primer lugar, se efectuó un análisis descriptivo de las valoraciones cuantitativas emitidas por los jueces expertos mediante frecuencias absolutas y porcentajes para cada criterio evaluado. Este análisis permitió describir el nivel de valoración de la herramienta educativa y del instrumento asociado en términos de claridad, coherencia, relevancia y suficiencia.

En segundo lugar, se estimó la validez de contenido mediante la razón de validez de contenido ajustada, siguiendo la modificación propuesta por Tristán al modelo de Lawshe. Para este análisis, las valoraciones de los jueces fueron recodificadas en términos de valoración favorable o no favorable del componente evaluado. Se consideró valoración favorable aquella que indicaba cumplimiento suficiente del criterio según la escala de la rejilla de evaluación. Posteriormente, se calculó el CVR ajustado o CVR* como la proporción de jueces que otorgaron una valoración favorable a cada componente o ítem evaluado.

De acuerdo con este procedimiento, un CVR* de 1.00 indica acuerdo favorable de los cinco jueces expertos; un CVR* de 0.80 indica valoración favorable de cuatro jueces; y un CVR* de 0.60 indica valoración favorable de tres jueces. Para el presente estudio, se consideraron aceptables los componentes que alcanzaron valores iguales o superiores a 0.58, criterio que permite conservar elementos con acuerdo suficiente entre jueces en procesos iniciales de validación de contenido con cinco evaluadores.

El componente cualitativo se analizó mediante una revisión interpretativa de las observaciones escritas por los jueces expertos. Estas observaciones fueron organizadas en categorías temáticas según el tipo de recomendación formulada. El propósito de este análisis fue complementar los resultados cuantitativos y orientar ajustes específicos en la estructura,

aplicabilidad, claridad, coherencia y suficiencia de la herramienta educativa. La integración de ambos análisis permitió construir una valoración más completa del material diseñado.

Fase 2: implementación proyectada (no ejecutada)

La Fase 2 se diseñó para aplicar la herramienta educativa en estudiantes y realizar mediciones pretest y posttest con el fin de explorar cambios en conocimientos y habilidades. Dado que esta fase no se ejecutó en el presente trabajo, sus procedimientos y análisis quedan planteados como línea de continuidad para investigaciones posteriores, previo al aval ético y logístico correspondiente. Los instrumentos de seguimiento y observación propuestos para esa fase se presentan en los Anexos M y N, y el cronograma prospectivo en el Anexo O.

La Fase 2, prevista en el protocolo general, contempla la implementación de la herramienta educativa en estudiantes de medicina y psicología próximos al inicio de sus prácticas profesionales, así como la aplicación de instrumentos antes y después de la intervención.

El presente apartado expone los hallazgos correspondientes a la Fase 1 del protocolo de investigación, orientada al diseño y validación de contenido de una herramienta educativa basada en los objetivos del modelo C.E.R.C.A. para el entrenamiento en comunicación de malas noticias. Esta fase fue desarrollada mediante juicio de expertos y tuvo como propósito valorar la claridad, coherencia, relevancia y suficiencia de la herramienta educativa y del instrumento de validación por jueces expertos, previsto para una futura implementación con estudiantes.

Es importante precisar que los resultados aquí presentados corresponden exclusivamente a la fase de validación de contenido. Por tanto, no se reportan resultados derivados de aplicación en estudiantes, mediciones pretest-postest, comparación antes-después ni evaluación del efecto de una intervención educativa. La Fase 2 del protocolo, orientada a la implementación de la herramienta con estudiantes de medicina y psicología próximos al inicio de sus prácticas profesionales, no fue ejecutada dentro del alcance final de este documento.

Caracterización de los jueces expertos

La validación de contenido fue realizada por cinco jueces expertos, identificados mediante códigos alfanuméricos para preservar su confidencialidad. Como se presenta en la Tabla 1, el panel incluyó profesionales de psicología y medicina con experiencia clínica y docente en áreas relacionadas con comunicación clínica, formación en salud y acompañamiento en situaciones difíciles. Esta composición permitió integrar perspectivas interdisciplinarias pertinentes para valorar un recurso educativo dirigido a estudiantes de medicina y psicología. La caracterización detallada de los jueces se presenta en el Anexo G.

Tabla 1

Caracterización de los jueces expertos participantes en la validación de contenido

Código del juez	Formación académica	Perfil académico o docente
J1	Magíster	Docente
J2	Magíster	Docente de Complejo Multifuncional Avanzado de Prácticas y Simulación

Código del juez	Formación académica	Perfil académico o docente
J3	Médica	Docente facilitadora
J4	Médica	Docente de Complejo Multifuncional Avanzado de Prácticas y Simulación
J5	Médica	Docente – Asesora prácticas

Nota. La caracterización se presenta de forma codificada para preservar la confidencialidad de los jueces expertos.

La participación de jueces provenientes de medicina y psicología fue pertinente para el objetivo de la herramienta, dado que la comunicación de malas noticias constituye una competencia interdisciplinaria. La presencia de profesionales con experiencia docente permitió valorar no solo la pertinencia clínica de los contenidos, sino también la claridad pedagógica, la organización metodológica y la aplicabilidad futura de la herramienta en escenarios formativos.

Validación global de la herramienta educativa

La herramienta educativa fue evaluada por los cinco jueces expertos a partir de los criterios de claridad, coherencia, relevancia y suficiencia. Estos criterios permitieron valorar si los contenidos, actividades, instrucciones y componentes de la herramienta eran comprensibles, estaban articulados con los objetivos del modelo C.E.R.C.A., resultaban pertinentes para el entrenamiento en comunicación de malas noticias y cubrían de manera suficiente los elementos necesarios para una futura implementación educativa.

Como se presenta en la Tabla 2, los valores de CVR* por componente y criterio fueron mayoritariamente altos (0.60–1.00). Todos los componentes superaron el punto de referencia establecido (≥ 0.58 para $N = 5$), lo que respalda evidencia favorable de validez de contenido. Los elementos con valores inferiores a 1.00 se concentraron en aspectos de articulación pedagógica, espacios reflexivos y factibilidad operativa, y fueron ajustados con base en las observaciones cualitativas.

Tabla 2

Razón de validez de contenido ajustada (CVR*) por componente de la herramienta educativa

Ítem	Componente evaluado	Claridad	Coherencia	Relevancia	Suficiencia
1	Presentación de facilitadoras y reglas del espacio	1.00	1.00	1.00	1.00
2	Actividad rompehielo	1.00	1.00	1.00	1.00
3	Evaluación inicial propuesta para futura implementación	1.00	1.00	1.00	1.00
4	Explicación de comunicación, axiomas y tipos de comunicación	1.00	1.00	1.00	1.00
5	Explicación general de mala noticia y modelo C.E.R.C.A.	1.00	1.00	1.00	1.00
6	Espacio reflexivo inicial	1.00	1.00	1.00	1.00
7	Consideraciones del contexto	1.00	1.00	1.00	1.00
8	Video sobre comunicación inadecuada	1.00	1.00	1.00	1.00

Ítem	Componente evaluado	Claridad	Coherencia	Relevancia	Suficiencia
9	Actividad de análisis de errores comunicativos	1.00	1.00	1.00	1.00
10	Ejercicio de emociones	1.00	1.00	1.00	1.00
11	Metáfora de autocuidado	1.00	1.00	1.00	1.00
12	Espacio reflexivo sobre valores personales	1.00	1.00	1.00	0.60
13	Video de empatía	1.00	1.00	1.00	1.00
14	Exploración de conocimientos y expectativas del paciente	1.00	1.00	1.00	1.00
15	Juego de roles para exploración	1.00	1.00	1.00	1.00
16	Espacio reflexivo asociado a exploración	1.00	0.60	0.60	1.00
17	Mural de ideas sobre comunicación de malas noticias	1.00	1.00	1.00	1.00
18	Espacio reflexivo de cierre de primera sesión	1.00	1.00	1.00	1.00
19	Resumen de sesión previa	1.00	1.00	1.00	1.00
20	Componente de revelación	1.00	1.00	1.00	1.00
21	Juego de roles para revelación	1.00	1.00	1.00	1.00
22	Componente de contención emocional	1.00	1.00	1.00	1.00

Ítem	Componente evaluado	Claridad	Coherencia	Relevancia	Suficiencia
23	Actividad práctica de validación emocional	1.00	1.00	1.00	1.00
24	Video de apoyo sobre noticias difíciles	1.00	1.00	1.00	1.00
25	Componente de acuerdo de plan de acción	1.00	1.00	1.00	1.00
26	Juego de roles integrador	1.00	1.00	1.00	1.00
27	Espacio reflexivo integrador del modelo C.E.R.C.A.	1.00	1.00	1.00	1.00
28	Evaluación final propuesta para futura implementación	1.00	1.00	1.00	1.00
29	Seguimiento telefónico propuesto	1.00	1.00	1.00	1.00

Nota. $CVR^* = \frac{CVR+1}{2}$. Los jueces calificaron cada ítem en una escala de 1 a 4, recodificándose como respuestas favorables las puntuaciones de 3 y 4, y como no favorables las puntuaciones de 1 y 2. Se consideró evidencia aceptable de validez de contenido con valores ≥ 0.58 .

En conjunto, la matriz de CVR* muestra un nivel aceptable y suficiente para conservar los 29 componentes de la herramienta educativa. Los componentes con menor acuerdo fueron conservados con ajustes de redacción, secuenciación y delimitación operativa, de acuerdo con las recomendaciones de los jueces.

Validación del instrumento de evaluación asociado

Además de la herramienta educativa, los jueces expertos valoraron el instrumento de evaluación asociado, previsto para ser utilizado en una fase posterior de implementación con

estudiantes. Este instrumento fue revisado en los mismos criterios de claridad, coherencia, relevancia y suficiencia; su valoración correspondió únicamente a la validación de contenido por juicio experto.

Como se observa en la Tabla 3, los 12 ítems del instrumento de evaluación asociado alcanzaron valores de CVR* entre 0.60 y 1.00 en los criterios evaluados. Este resultado respalda evidencia favorable de validez de contenido para una implementación futura, con ajustes menores orientados principalmente a precisión semántica y claridad de instrucciones.

Tabla 3

Razón de validez de contenido ajustada (CVR*) por ítem del instrumento de evaluación asociado

Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Suficiencia
1	1.00	1.00	1.00	1.00
2	1.00	1.00	1.00	1.00
3	1.00	1.00	1.00	1.00
4	1.00	1.00	1.00	1.00
5	1.00	1.00	1.00	1.00
6	1.00	1.00	1.00	1.00
7	1.00	1.00	1.00	1.00
8	1.00	1.00	1.00	1.00
9	1.00	1.00	1.00	1.00

Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Suficiencia
10	1.00	1.00	1.00	1.00
11	1.00	1.00	1.00	1.00
12	1.00	1.00	1.00	1.00

Nota. CVR* = ne/N ($N = 5$). Se recodificó como favorable 3–4 y no favorable 1–2. Valores ≥ 0.58 se consideraron aceptables para conservar el ítem.

En conjunto, la matriz de CVR* respalda lo suficiente para conservar los ítems del instrumento asociado. Las observaciones cualitativas se utilizaron para ajustar redacción y opciones de respuesta, sin modificar el propósito de medición.

Observaciones cualitativas de los jueces expertos

Además de las valoraciones cuantitativas, los jueces expertos emitieron observaciones cualitativas orientadas al fortalecimiento de la herramienta educativa y del instrumento asociado. Estas observaciones no fueron tratadas como comentarios accesorios, sino como insumos metodológicos para ajustar la estructura, duración, claridad, diferenciación disciplinar, aplicabilidad futura y suficiencia pedagógica de la propuesta. A partir de los comentarios recibidos, se identificaron categorías relacionadas con duración y viabilidad de las actividades, diferenciación entre medicina y psicología, organización de espacios reflexivos, simulación y juego de roles, indicadores observables de desempeño, seguimiento futuro, claridad semántica y pertinencia formativa. La matriz completa de observaciones cualitativas se presenta en el Anexo J y la matriz de ajustes en el Anexo K.

Como se presenta en la Tabla 4, las observaciones permitieron documentar la trazabilidad entre las recomendaciones de los jueces y los ajustes realizados o propuestos. En

términos generales, los jueces reconocieron la pertinencia formativa de la herramienta, pero sugirieron mejorar la organización operativa, delimitar mejor los tiempos, precisar roles en las actividades de simulación, reducir redundancias en los espacios reflexivos, fortalecer criterios observables de desempeño y estructurar con mayor claridad la estrategia de seguimiento. Estos aportes permitieron consolidar una versión más clara, coherente, aplicable y pertinente para una futura implementación con estudiantes.

Tabla 4

Síntesis de observaciones cualitativas de los jueces expertos y ajustes realizados

Categoría de observación	Recomendación de los jueces expertos	Ajuste realizado o propuesto	Justificación metodológica
Duración y viabilidad de las actividades	Revisar la duración de las actividades en función del tiempo disponible, número de participantes y dinámica de cada sesión.	Se reorganizó la distribución temporal de las sesiones, delimitando tiempos para explicación conceptual, juego de roles, reflexión, retroalimentación y cierre.	Mejorar la factibilidad operativa de la herramienta y reducir el riesgo de sobrecarga durante la futura implementación.

Categoría de observación	Recomendación de los jueces expertos	Ajuste realizado o propuesto	Justificación metodológica
Diferenciación entre medicina y psicología	Diferenciar con mayor claridad los roles y actividades correspondientes a estudiantes de medicina, psicología y actividades comunes.	Se fortaleció la asignación de roles en los juegos de roles y se incorporaron escenarios con participación diferenciada y complementaria de ambas disciplinas.	Asegurar la pertinencia interdisciplinaria de la herramienta y evitar que una disciplina quede subordinada a la otra.
Espacios reflexivos	Reorganizar los espacios reflexivos para evitar repetición o interrupciones en la continuidad pedagógica.	Se redujeron redundancias, se agruparon momentos reflexivos y se establecieron preguntas orientadoras vinculadas con los componentes del modelo C.E.R.C.A.	Favorecer una reflexión más estructurada, pertinente y articulada con los objetivos formativos.

Categoría de observación	Recomendación de los jueces expertos	Ajuste realizado o propuesto	Justificación metodológica
Simulación y juego de roles	Fortalecer la simulación mediante casos más diversos, roles mejor definidos y criterios claros para observadores y facilitadores.	Se amplió el guión de juego de roles, se precisaron las funciones de profesional, paciente/familiar, observador y facilitador, y se plantearon conductas esperadas por componente.	Mejorar la calidad pedagógica de la simulación y facilitar la retroalimentación estructurada.
Indicadores observables de desempeño	Definir conductas observables para orientar la retroalimentación, como exploración de conocimientos previos, validación emocional y acuerdo de plan.	Se propuso incorporar criterios observables asociados a contexto, exploración, revelación, contención y acuerdo.	Fortalecer la evaluación formativa y preparar la herramienta para una futura medición del desempeño comunicativo.

Categoría de observación	Recomendación de los jueces expertos	Ajuste realizado o propuesto	Justificación metodológica
Seguimiento futuro	Precisar el momento, duración, preguntas, forma de registro y análisis del seguimiento posterior.	Se estructuró una propuesta de seguimiento telefónico o virtual con preguntas orientadas a valorar utilidad, aplicabilidad y transferencia futura de la herramienta.	Aumentar la trazabilidad de la percepción de utilidad y orientar ajustes posteriores durante la Fase 2.
Claridad semántica	Ajustar la redacción de instrucciones, actividades e ítems para favorecer comprensión.	Se revisó la redacción de actividades, instrucciones e instrumentos asociados.	Disminuir ambigüedades y mejorar la comprensión del material por futuros participantes y facilitadores.
Pertinencia formativa	Conservar la estructura general de la herramienta por su valor académico y formativo.	Se mantuvo la estructura basada en el modelo C.E.R.C.A., incorporando ajustes	Preservar la coherencia conceptual de la herramienta y

Categoría de observación	Recomendación de los jueces expertos	Ajuste realizado o propuesto	Justificación metodológica
		metodológicos derivados del juicio experto.	fortalecer su aplicabilidad futura.

Nota. Las observaciones fueron sintetizadas a partir de los comentarios emitidos por los jueces expertos durante el proceso de validación. Los ajustes se orientaron a fortalecer la claridad, coherencia, relevancia, suficiencia y aplicabilidad futura de la herramienta educativa.

Ajustes derivados del proceso de validación

A partir de los resultados cuantitativos y cualitativos del juicio experto, se realizaron ajustes orientados a fortalecer la herramienta educativa. En primer lugar, se revisó la duración de las actividades y se reorganizó la distribución temporal de las sesiones para mejorar su viabilidad. En segundo lugar, se ajustaron los espacios reflexivos mediante preguntas orientadoras, con el fin de favorecer continuidad pedagógica y evitar repeticiones innecesarias. En tercer lugar, se amplió el guión de juego de roles, incorporando escenarios con mayor diversidad clínica, psicológica y familiar. La matriz de ajustes derivados del juicio experto se incluye en el Anexo K.

También se fortaleció la diferenciación disciplinar entre medicina y psicología, mediante la asignación de roles más claros dentro de las actividades de simulación. Adicionalmente, se propuso incorporar criterios observables de desempeño para orientar la

retroalimentación de facilitadores y observadores. Finalmente, se precisó la estructura del seguimiento futuro, reconociendo que este componente será aplicable únicamente cuando se desarrolle la Fase 2 con estudiantes.

Síntesis de los hallazgos

Los resultados evidencian que la herramienta educativa basada en el modelo C.E.R.C.A. presentó evidencia favorable de validez de contenido. En la mayoría de los componentes se observó acuerdo favorable alto (CVR* cercano a 1.00), y en los elementos con menor acuerdo (CVR* = 0.60–0.80) se realizaron ajustes orientados por las observaciones cualitativas. El análisis mediante CVR* confirmó que todos los componentes superaron el criterio mínimo establecido (≥ 0.58). De igual forma, los 12 ítems del instrumento de evaluación asociado alcanzaron valores aceptables para una futura implementación.

Las observaciones cualitativas de los jueces permitieron fortalecer la propuesta mediante ajustes en la duración de las actividades, la organización de espacios reflexivos, la diferenciación entre medicina y psicología, la ampliación de escenarios de juego de roles, la definición de indicadores observables de desempeño y la estructuración del seguimiento futuro. Por tanto, la Fase 1 permitió consolidar una herramienta educativa con evidencia favorable de validez de contenido, que queda disponible para ser implementada y evaluada en la Fase 2 del protocolo en investigaciones posteriores.

Discusión

Los resultados de la presente investigación evidencian que la herramienta educativa basada en los objetivos del modelo C.E.R.C.A. alcanzó una valoración favorable de contenido por parte de los jueces expertos, particularmente en las dimensiones de claridad, coherencia y relevancia. Este hallazgo permite afirmar que la Fase 1 del protocolo cumplió su propósito central: diseñar una herramienta educativa y someterla a un proceso sistemático de validación antes de su futura implementación con estudiantes de medicina y psicología. En este sentido, los resultados no deben interpretarse como evidencia de efectividad educativa, sino como evidencia inicial de calidad conceptual, pedagógica y metodológica del recurso diseñado.

La validación favorable de la herramienta adquiere relevancia si se considera que la comunicación de malas noticias constituye una competencia clínica compleja, en la que confluyen dimensiones informativas, emocionales, relacionales y éticas. La literatura ha señalado que comunicar información adversa no puede depender únicamente de la intuición, la experiencia espontánea o la observación informal durante las prácticas clínicas, sino que requiere procesos formativos estructurados, práctica deliberada, retroalimentación y reflexión (Aspegren, 1999; Kurtz et al., 2005; Silverman et al., 2013). Desde esta perspectiva, contar con una herramienta previamente validada representa un paso metodológico necesario para avanzar hacia procesos de entrenamiento más rigurosos y seguros.

Uno de los principales hallazgos fue el alto grado de acuerdo favorable de los jueces expertos en los criterios de claridad, coherencia y relevancia de la herramienta. La claridad resulta fundamental en una propuesta educativa, ya que determina si los objetivos, instrucciones,

actividades y materiales pueden ser comprendidos por facilitadores y participantes. En el contexto de la comunicación de malas noticias, esta dimensión tiene un valor adicional, pues la claridad no solo es una característica del material pedagógico, sino también una competencia comunicativa que se busca fortalecer. Una herramienta confusa difícilmente podría enseñar comunicación clara. Por tanto, la valoración favorable de esta dimensión sugiere que el recurso diseñado presenta condiciones adecuadas para orientar, de manera comprensible, el aprendizaje de estudiantes en formación.

La coherencia también fue valorada favorablemente por la totalidad de los jueces. Este resultado indica que los componentes de la herramienta guardan una relación lógica con los objetivos del modelo C.E.R.C.A. y con el propósito formativo de entrenar habilidades comunicativas para la entrega de malas noticias. Este aspecto es metodológicamente relevante, dado que uno de los riesgos frecuentes en el diseño de intervenciones educativas es la desconexión entre teoría, actividades y evaluación. En este caso, la herramienta se estructuró en torno a los componentes de contexto, exploración, revelación, contención y acuerdo de un plan de acción, lo que favorece una organización pedagógica progresiva y alineada con las demandas reales de una conversación difícil.

La relevancia fue igualmente valorada como cumplida por todos los jueces expertos, lo cual respalda la pertinencia de la herramienta para el contexto formativo propuesto. Este hallazgo es consistente con estudios que evidencian la necesidad de fortalecer la enseñanza de comunicación de malas noticias desde etapas tempranas de la formación en salud. Lenkiewicz et al. (2022) señalan que los estudiantes de medicina suelen percibirse insuficientemente

preparados para comunicar información adversa, mientras que Karnieli-Miller et al. (2022) plantean que esta competencia debe enseñarse de manera longitudinal, experiencial y reflexiva. En consecuencia, la herramienta diseñada responde a una necesidad formativa reconocida en la literatura: preparar a los estudiantes antes de que se enfrenten a escenarios reales de sufrimiento, enfermedad grave, crisis emocional o pérdida.

La dimensión de suficiencia presentó una valoración mayoritariamente favorable, aunque con una calificación parcial por parte de un juez experto. Este resultado no debe interpretarse como una debilidad estructural de la herramienta, sino como un hallazgo valioso dentro del proceso de validación. La suficiencia exige valorar si los contenidos y actividades cubren de manera adecuada las dimensiones necesarias del fenómeno abordado. En comunicación de malas noticias, esto implica contemplar preparación del contexto, exploración de conocimientos y expectativas, revelación gradual de la información, contención emocional y acuerdo de un plan posterior. La observación parcial en suficiencia permitió identificar aspectos susceptibles de fortalecimiento antes de la Fase 2, especialmente en la organización de tiempos, la articulación de espacios reflexivos, la precisión del seguimiento y la operacionalización de algunos componentes.

El análisis mediante CVR* complementó las valoraciones descriptivas y permitió estimar el grado de acuerdo entre los jueces expertos. Los valores obtenidos para la herramienta educativa oscilaron entre 0.60 y 1.00, superando el punto de referencia establecido. Este resultado respalda la conservación de los componentes evaluados, aunque también orienta ajustes puntuales en aquellos elementos que no alcanzaron acuerdo completo. Desde el punto de vista metodológico, el uso de CVR* resulta pertinente para estudios de validación de contenido, pues fundamenta

cuantitativamente decisiones sobre conservación, modificación o fortalecimiento de componentes (Tristán-López, 2008). Sin embargo, la validez de contenido es evidencia inicial: en fases posteriores se requiere evaluar la aceptabilidad y factibilidad de la herramienta educativa en población estudiantil y, para el instrumento de medición, estimar confiabilidad y aportar evidencia de validez basada en estructura interna (validez de constructo) y en relaciones con otras variables, según corresponda.

La participación de cinco jueces expertos con formación de maestría, experiencia docente y perfiles provenientes de medicina y psicología fortaleció el proceso de validación. Esta composición permitió integrar perspectivas clínicas, pedagógicas e interdisciplinarias. La inclusión de profesionales de ambas áreas es coherente con el propósito de la herramienta, dado que la comunicación de malas noticias no es una competencia exclusiva de la medicina. Si bien históricamente la literatura ha abordado este tema con mayor énfasis en contextos médicos, oncológicos y hospitalarios, la psicología clínica y de la salud participa de manera directa en situaciones de crisis, duelo, sufrimiento psicológico, riesgo suicida, comunicación de hallazgos y acompañamiento familiar. Por tanto, la validación por jueces de medicina y psicología contribuye a fortalecer la pertinencia interdisciplinaria del recurso.

La valoración del instrumento de evaluación asociado también mostró resultados favorables. Los jueces consideraron sus ítems relevantes y coherentes para una futura implementación, aunque se identificaron ajustes menores en claridad y suficiencia. Este hallazgo es importante porque el instrumento asociado será necesario en la Fase 2 del protocolo, cuando se pretenda valorar el comportamiento de la herramienta en población estudiantil. No obstante, en el presente estudio dicho instrumento solo fue validado por expertos y no fue aplicado a estudiantes.

Por ello, sus resultados deben interpretarse como evidencia de adecuación inicial de contenido, no como evidencia de desempeño psicométrico definitivo.

Las observaciones cualitativas de los jueces aportaron un valor central al proceso de validación, ya que permitieron identificar aspectos específicos que no siempre son visibles en las calificaciones numéricas. Entre las recomendaciones más relevantes se destacaron la necesidad de ajustar la duración de las actividades, diferenciar con mayor claridad los roles de medicina y psicología, reorganizar los espacios reflexivos, ampliar los escenarios de juego de roles, definir indicadores observables de desempeño y precisar la estrategia de seguimiento. Estos aportes permitieron transformar la validación en un proceso de mejora real de la herramienta, más allá de la simple aprobación formal de sus componentes.

Uno de los ajustes más importantes derivados del juicio experto fue la reorganización de los espacios reflexivos. Este componente resulta esencial porque la comunicación de malas noticias no puede reducirse a la ejecución mecánica de un protocolo. Comunicar una noticia adversa implica reconocer emociones propias y ajenas, tolerar silencios, responder al sufrimiento y actuar con sensibilidad ética. Por tanto, los espacios reflexivos son necesarios para que los estudiantes puedan identificar sus temores, creencias, estilos comunicativos y reacciones frente a situaciones de alta carga emocional. No obstante, los jueces señalaron que estos espacios debían estructurarse mejor para evitar repeticiones o interrupciones en la continuidad pedagógica. Esta recomendación permitió fortalecer el componente reflexivo mediante preguntas orientadoras y mayor articulación con los objetivos del modelo C.E.R.C.A.

Otro aporte relevante fue la recomendación de diferenciar con mayor precisión los roles de estudiantes de medicina y psicología. Esta observación es coherente con la naturaleza

interdisciplinaria de la herramienta. En la práctica, el estudiante de medicina puede estar más vinculado a la comunicación de diagnósticos, pronósticos, complicaciones o planes terapéuticos, mientras que el estudiante de psicología puede aportar de manera significativa en la contención emocional, intervención en crisis, acompañamiento familiar y elaboración del impacto subjetivo de la noticia. Una herramienta educativa dirigida a ambas disciplinas debe reconocer estos puntos de encuentro y, al mismo tiempo, evitar que una disciplina quede subordinada a la otra. La ampliación de escenarios clínicos y de salud mental responde adecuadamente a esta recomendación.

El fortalecimiento del juego de roles también constituye un resultado relevante del proceso de validación. La literatura ha mostrado que la simulación, los pacientes estandarizados y las metodologías experienciales favorecen la práctica de habilidades comunicativas en ambientes seguros, donde el error puede convertirse en oportunidad de aprendizaje (Dale MacLaine et al., 2021; Johnson & Panagioti, 2018; Vermylen et al., 2020). Aunque el presente estudio no implementó la herramienta con estudiantes, el hecho de que los jueces hayan recomendado precisar roles, escenarios y conductas observables contribuye a que la futura Fase 2 cuente con una estructura más clara para la práctica y la retroalimentación.

La inclusión de indicadores observables de desempeño es especialmente relevante para futuras investigaciones. La comunicación de malas noticias involucra conductas que pueden ser entrenadas y observadas, como preparar el contexto, explorar conocimientos previos, revelar información de manera gradual, validar emociones, verificar comprensión y acordar un plan de acción. Definir estos indicadores permitirá que la Fase 2 no dependa únicamente de percepciones generales de aprendizaje, sino que pueda incorporar criterios más objetivos de observación y

retroalimentación. En este sentido, la validación de contenido no solo fortaleció la herramienta actual, sino que también generó insumos para mejorar el diseño evaluativo de la futura implementación.

El modelo C.E.R.C.A. constituye una fortaleza conceptual de la herramienta. A diferencia de otros protocolos centrados en secuencias rígidas, C.E.R.C.A. Se organiza en objetivos comunicativos que permiten mayor flexibilidad pedagógica: preparar el contexto, explorar la perspectiva del paciente, revelar información, contener emocionalmente y acordar un plan. Esta estructura facilita la enseñanza a estudiantes porque traduce una conversación compleja en componentes comprensibles y entrenables, sin perder de vista la necesidad de adaptación al contexto clínico y emocional (Bascuñán & Luengo-Charath, 2022). Además, su origen latinoamericano favorece una mayor pertinencia cultural para escenarios formativos regionales.

Desde el punto de vista ético, los resultados respaldan la necesidad de continuar desarrollando herramientas educativas orientadas a la humanización de la atención. La comunicación de malas noticias se relaciona directamente con principios como autonomía, beneficencia, no maleficencia, dignidad y respeto por la experiencia subjetiva del paciente. Informar con claridad permite que la persona participe en decisiones sobre su salud; comunicar con sensibilidad evita añadir sufrimiento innecesario; y acompañar emocionalmente contribuye a una relación clínica más humana. Por ello, la herramienta diseñada no solo tiene un valor pedagógico, sino también ético, al buscar preparar a futuros profesionales para afrontar conversaciones difíciles con mayor responsabilidad y cuidado.

No obstante, los resultados deben interpretarse con cautela en función del alcance del estudio. El trabajo se limitó a la validación de contenido mediante juicio de expertos, por lo que no aporta evidencia empírica sobre aceptabilidad, factibilidad operativa o desempeño de la

herramienta en estudiantes, ni permite estimar cambios pretest-postest o comparar perfiles disciplinares. Estas preguntas corresponden a una fase posterior de implementación y evaluación, y no constituyen un problema metodológico de la Fase 1, sino una restricción esperable de un estudio de validación de contenido.

Una segunda limitación corresponde al número de jueces expertos. Si bien cinco jueces pueden ser suficientes para un proceso inicial de validación de contenido, un mayor número de evaluadores podría ampliar la diversidad de perspectivas y fortalecer la robustez del juicio experto. Futuros procesos de validación podrían incluir docentes de simulación clínica, profesionales, expertos en bioética, especialistas en educación médica, psicometría, cuidados paliativos y representantes de contextos clínicos donde la comunicación de malas noticias sea frecuente. Esta ampliación permitiría enriquecer la herramienta antes de su implementación a mayor escala.

A pesar de estas limitaciones, el estudio ofrece aportes relevantes. En primer lugar, conserva la trazabilidad de un protocolo más amplio orientado al entrenamiento en comunicación de malas noticias, pero delimita con claridad el alcance de la fase ejecutada. En segundo lugar, aporta una herramienta educativa estructurada, validada por expertos y fundamentada en un modelo latinoamericano. En tercer lugar, incorpora una perspectiva interdisciplinaria al considerar estudiantes de medicina y psicología como población destinataria. En cuarto lugar, deja una base metodológica para avanzar hacia la Fase 2 con mayor solidez, al contar con una herramienta revisada, ajustada y respaldada por evidencia inicial de validez de contenido.

En respuesta a la pregunta de investigación que orientó la Fase 1, los hallazgos permiten afirmar que la herramienta educativa basada en el modelo C.E.R.C.A. Presenta evidencia favorable de validez de contenido. Esta afirmación se sustenta en las valoraciones positivas emitidas por los jueces expertos en claridad, coherencia, relevancia y suficiencia, en los valores aceptables de CVR ajustado y en los ajustes realizados a partir de las observaciones cualitativas. Sin embargo, la pregunta general del protocolo, relacionada con el efecto de la intervención educativa en estudiantes, permanece abierta y deberá ser respondida en investigaciones posteriores mediante la implementación de la Fase 2.

Para futuras investigaciones, se recomienda desarrollar la implementación piloto de la herramienta en estudiantes de medicina y psicología próximos al inicio de sus prácticas profesionales. Esta fase deberá incluir mediciones pretest y posttest, evaluación de aceptabilidad, análisis de factibilidad, rúbricas de desempeño comunicativo, retroalimentación de facilitadores y exploración cualitativa de la experiencia emocional de los estudiantes. Asimismo, será importante establecer estrategias de cuidado emocional durante las simulaciones, especialmente cuando se trabajen casos relacionados con muerte, enfermedad grave, suicidio, duelo o crisis familiar.

En síntesis, la presente investigación aporta una fase inicial necesaria para el desarrollo de una intervención educativa en comunicación de malas noticias. Los resultados respaldan la calidad de contenido de la herramienta y justifican su continuidad hacia una fase de implementación. No obstante, el estudio no demuestra efectividad educativa ni cambio en habilidades comunicativas, por lo que su principal contribución se ubica en el diseño, validación

y fortalecimiento metodológico de un recurso formativo. De esta manera, la herramienta queda disponible para avanzar hacia futuras investigaciones que evalúen su aplicación, aceptabilidad e impacto en estudiantes del área de la salud.

Conclusiones

La Fase 1 del protocolo permitió diseñar y validar en contenido una herramienta educativa basada en los objetivos del modelo C.E.R.C.A. para el entrenamiento en comunicación de malas noticias en estudiantes de pregrado de medicina y psicología próximos al inicio de sus prácticas profesionales. La valoración realizada por los cinco jueces expertos evidenció resultados favorables en claridad, coherencia, relevancia y suficiencia, lo que respalda la calidad conceptual, pedagógica y metodológica de la herramienta como recurso formativo inicial.

El proceso de juicio experto permitió identificar fortalezas y oportunidades de mejora de la herramienta educativa antes de su implementación con estudiantes. Las observaciones cualitativas orientaron ajustes en la organización de los tiempos, la estructuración de los espacios reflexivos, la diferenciación de roles entre medicina y psicología, la ampliación de escenarios de juego de roles, la definición de conductas observables y la precisión del seguimiento futuro. Estos ajustes fortalecieron la aplicabilidad potencial de la herramienta y su alineación con los componentes del modelo C.E.R.C.A.

El instrumento de evaluación asociado también obtuvo una valoración favorable por parte de los jueces expertos, lo que permite conservarlo como insumo para una futura fase de

implementación. No obstante, dado que dicho instrumento no fue aplicado a estudiantes, sus resultados deben interpretarse únicamente como evidencia inicial de validez de contenido y no como evidencia de desempeño psicométrico, cambio en conocimientos o modificación de habilidades comunicativas.

La investigación aporta una base metodológica para continuar con la Fase 2 del protocolo, orientada a la implementación de la herramienta educativa en estudiantes de medicina y psicología y a la evaluación de sus posibles efectos mediante mediciones antes y después de la intervención. En consecuencia, aunque la herramienta cuenta con evidencia favorable de validez de contenido, aún no es posible concluir sobre su efectividad, aceptabilidad, factibilidad o impacto en el desempeño comunicativo de los estudiantes.

En síntesis, el presente trabajo constituye una fase inicial necesaria dentro de un protocolo más amplio de entrenamiento en comunicación de malas noticias. La herramienta educativa validada queda disponible para futuras investigaciones que permitan evaluar su aplicación en escenarios formativos reales, su contribución al fortalecimiento de competencias comunicativas y su potencial aporte a una atención en salud más clara, ética, empática y humanizada.

Recomendaciones

Se recomienda continuar con la Fase 2 del protocolo, orientada a la implementación de la herramienta educativa en estudiantes de pregrado de medicina y psicología próximos al inicio de sus prácticas profesionales. Esta fase permitirá valorar la aceptabilidad, comprensión, pertinencia, factibilidad y aplicabilidad de la herramienta desde la perspectiva de la población destinataria.

Para la futura implementación, se sugiere conservar el diseño de medición antes y después de la intervención, con el fin de explorar posibles cambios en conocimientos, autoconfianza, percepción de competencia y habilidades comunicativas para la entrega de malas noticias. Asimismo, se recomienda complementar el instrumento validado con una rúbrica de desempeño basada en los componentes del modelo C.E.R.C.A.: contexto, exploración, revelación, contención y acuerdo de un plan de acción.

Se recomienda realizar inicialmente una prueba piloto que permita evaluar la claridad de las instrucciones, la duración de las sesiones, la pertinencia de los casos simulados, el rol de facilitadores y observadores, y la respuesta emocional de los estudiantes frente a las actividades propuestas. Esta etapa facilitará ajustes previos a una implementación formal con mayor número de participantes.

También se sugiere mantener el enfoque interdisciplinario de la herramienta, incorporando escenarios pertinentes para medicina y psicología, tales como enfermedad grave, duelo, crisis emocional, riesgo suicida, trastornos mentales graves, discapacidad, enfermedad crónica progresiva y comunicación con familiares. Esta diversidad permitirá fortalecer competencias comunes y específicas en ambas disciplinas.

Finalmente, toda implementación futura deberá contar con aprobación ética institucional, consentimiento informado, participación voluntaria, protección de datos personales

y estrategias de cuidado emocional durante las actividades simuladas. La herramienta validada puede constituirse en un insumo inicial para fortalecer la formación en comunicación clínica humanizada dentro de los programas de medicina y psicología.

Referencias

- Álvarez Aparicio, A. I. (2020). Comunicación de malas noticias en el ámbito sanitario en tiempos de COVID-19. La comunicación telefónica. *Revista de Comunicación y Salud*, 10(2), 211–248. [https://doi.org/10.35669/rcys.2020.10\(2\).211-248](https://doi.org/10.35669/rcys.2020.10(2).211-248)
- Amsalem, D., Martin, A., Mosheva, M., Soul, O., Korotkin, L., Ziv, A., Gothelf, D., & Gross, R. (2021). Delivering difficult news: Simulation-enhanced training improves psychiatry residents' clinical communication skills. *Frontiers in Psychiatry*, 12, Article 649090. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.649090>
- Aspegren, K. (1999). BEME Guide No. 2: Teaching and learning communication skills in medicine—A review with quality grading of articles. *Medical Teacher*, 21(6), 563–570. <https://doi.org/10.1080/01421599978979>
- Baile, W. F. (2015). Giving bad news. *The Oncologist*, 20(8), 852–853. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2015-0250>
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES—A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302–311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>
- Bascuñán R., M. L. (2011). Taller de manejo de situaciones difíciles, comunicación de malas noticias y auto-cuidado del profesional. Evaluación según la percepción de los participantes. *Revista de Educación en Ciencias de la Salud*, 8(1), 31–37.
- Bascuñán R., M. L., & Luengo-Charath, M. X. (2022). Protocolos de comunicación de malas noticias en salud: Limitaciones, desafíos y propuestas. *Revista Médica de Chile*, 150(9), 1206–1213. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872022000901206>

- Bascuñán, M. L., Roizblatt, A., & Roizblatt, D. (2007). Comunicación de malas noticias en medicina: Un estudio exploratorio. *Revista Médica de la Universidad de Navarra*, 51(2), 28–31.
- Bosshard, M., Guttormsen, S., Nater, U. M., Schmitz, F., Gomez, P., & Berendonk, C. (2025). Improving breaking bad news communication skills through stress arousal reappraisal and worked examples. *Medical Education*, 59(8), 853–861.
<https://doi.org/10.1111/medu.15658>
- Buckman, R. (1992). *How to break bad news: A guide for health care professionals*. Johns Hopkins University Press.
- Cavalari Camargo, N., Gonçalves de Lima, M., Brietzke, E., Mucci, S., & Flávio Teixeira de Góis, A. (2019). Teaching how to deliver bad news: A systematic review. *Revista Bioética*, 27(2), 326–340. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019272317>
- Carrard, V., Bourquin, C., Orsini, S., Schmid Mast, M., & Berney, A. (2020). Virtual patient simulation in breaking bad news training for medical students. *Patient Education and Counseling*, 103(7), 1435–1438. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.01.019>
- Carreras Marcos, B., Esquerda Areste, M., & Ramos Pozón, S. (2021). Formación en comunicación para profesionales sanitarios. *Revista de Bioética y Derecho*, 52, 29–44.
<https://doi.org/10.1344/rbd2021.52.34218>
- Chapues Andrade, G. L., Aguirre López, M., & Gómez Gómez, M. M. (2025). Adquisición y aplicación de habilidades comunicativas de médicos internos de tres universidades en Colombia. *Revista de Investigación Educativa*, 43. <https://doi.org/10.6018/rie.588171>
- Congreso de la República de Colombia. (2006, 6 de septiembre). *Ley 1090 de 2006. Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico*

y Bioético y otras disposiciones.

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=66205>

Congreso de la República de Colombia. (2012, 17 de octubre). *Ley Estatutaria 1581 de 2012.*

Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales.

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=49981>

Dale MacLaine, T., Lowe, N., & Dale, J. (2021). The use of simulation in medical student education on the topic of breaking bad news: A systematic review. *Patient Education and Counseling, 104*(11), 2670–2681. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.04.004>

Díaz Martínez, L. A., Cuesta Armesto, M. H., & Díaz Rojas, M. J. (2020). La formación médica en comunicación de malas noticias: Una revisión narrativa. *Revista Española de Educación Médica, 1*(2), 32–44. <https://doi.org/10.6018/edumed.439731>

Fallowfield, L., & Jenkins, V. (2004). Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *The Lancet, 363*(9405), 312–319. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)15392-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)15392-5)

Gilligan, C., Powell, M., Lynagh, M. C., Ward, B. M., Lonsdale, C., Harvey, P., James, E. L., Rich, D., Dewi, S. P., Nepal, S., Croft, H. A., & Silverman, J. (2021). Interventions for improving medical students' interpersonal communication in medical consultations. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2021*(2), Article CD012418.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD012418.pub2>

Gordillo Navas, G. C., Trujillo Martínez, J. D., & Filizzola Bermúdez, J. D. (2020). Estrategia de simulación para aplicar el protocolo SPIKES en la comunicación de malas noticias.

Universitas Medica, 61(3). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed61-3.spik>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.^a ed.). McGraw-Hill Education.

- Johnson, J., & Panagioti, M. (2018). Interventions to improve the breaking of bad or difficult news by physicians, medical students, and interns/residents: A systematic review and meta-analysis. *Academic Medicine*, *93*(9), 1400–1412.
<https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002308>
- Karnieli-Miller, O., Pelles, S., & Meitar, D. (2022). Position paper: Teaching breaking bad news (BBN) to undergraduate medical students. *Patient Education and Counseling*, *105*(9), 2899–2904. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.05.018>
- Kurtz, S., Silverman, J., & Draper, J. (2005). *Teaching and learning communication skills in medicine* (2nd ed.). Radcliffe Publishing.
- Landa-Ramírez, E., López-Gómez, A., Jiménez-Escobar, I., & Sánchez-Sosa, J. J. (2017). Comunicación de malas noticias en urgencias médicas: Recomendaciones y retos futuros. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, *55*(6), 736–747.
- Lenkiewicz, J., Lenkiewicz, O., Trzcíński, M., Sobczak, K., Plenikowski, J., Przeniosło, J., & Kotłowska, A. (2022). Delivering bad news: Self-assessment and educational preferences of medical students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(5), Article 2622. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052622>
- Leone, D., Menichetti, J., Barusi, L., Chelo, E., Costa, M., De Lauretis, L., Ferraretti, A. P., Livi, C., Luehwink, A., Tomasi, G., & Vegni, E. (2017). Breaking bad news in assisted reproductive technology: A proposal for guidelines. *Reproductive Health*, *14*, Article 87.
<https://doi.org/10.1186/s12978-017-0350-1>
- Martín del Campo, A., Romero-Cabello, R., Sánchez, C. J., Ángeles-Moreno, A. C. P., Romero-Feregrino, R., Bustamante-Rojano, J. J., & Romero-Feregrino, R. (2012). ¿Cómo transmite malas noticias el médico especialista? Estudio realizado con médicos

- especialistas del Hospital General de México. *Revista Médica del Hospital General de México*, 75(2), 76–83.
- Ministerio de Salud de Colombia. (1993, 4 de octubre). *Resolución 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/dij/resolucion-8430-de-1993.pdf>
- Monden, K. R., Gentry, L., & Cox, T. R. (2016). Delivering bad news to patients. *Baylor University Medical Center Proceedings*, 29(1), 101–102.
<https://doi.org/10.1080/08998280.2016.11929380>
- Narayanan, V., Bista, B., & Koshy, C. (2010). “BREAKS” protocol for breaking bad news. *Indian Journal of Palliative Care*, 16(2), 61–65. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.68401>
- Ptacek, J. T., & Eberhardt, T. L. (1996). Breaking bad news: A review of the literature. *JAMA*, 276(6), 496–502. <https://doi.org/10.1001/jama.1996.03540060072042>
- Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2013). *Skills for communicating with patients* (3rd ed.). CRC Press. <https://doi.org/10.1201/9781910227268>
- Solana López, I., Juez Martel, I., Martínez Moreno, E., de Zea Luque, C., Martín Fernández de Soignie, A. M., Sánchez Baños, N., & Guerra Martínez, J. A. (2022). Humanización en la comunicación de malas noticias en el paciente oncológico y paliativo. *Oncología (Ecuador)*, 32(3), 266–272. <https://doi.org/10.33821/639>
- Tristán-López, A. (2008). Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. *Avances en Medición*, 6, 37–48.

https://www.humanas.unal.edu.co/lab_psicometria/application/files/9716/0463/3548/Vol_6_Articulo4_Indice_de_validez_de_contenido_37-48.pdf

VandeKieft, G. K. (2001). Breaking bad news. *American Family Physician*, 64(12), 1975–1978.

<https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2001/1215/p1975.html>

Vermeylen, J. H., Wayne, D. B., Cohen, E. R., McGaghie, W. C., & Wood, G. J. (2020).

Promoting readiness for residency: Embedding simulation-based mastery learning for breaking bad news into the medicine subinternship. *Academic Medicine*, 95(7), 1050–1056. <https://doi.org/10.1097/ACM.00000000000003210>

Vincent, A., Urben, T., Becker, C., Beck, K., Daetwyler, C., Wilde, M., Gaab, J., Langewitz, W., & Hunziker, S. (2022). Breaking bad news: A randomized controlled trial to test a novel interactive course for medical students using blended learning. *Patient Education and Counseling*, 105(1), 105–113. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.05.002>

Anexos

Anexo A

Herramienta educativa basada en el modelo C.E.R.C.A. para la comunicación de malas noticias

(Versión ajustada posterior al juicio de expertos, Fase 1)

La presente herramienta educativa fue diseñada con el propósito de fortalecer habilidades comunicativas para la entrega de malas noticias en estudiantes de pregrado de medicina y psicología próximos al inicio de sus prácticas profesionales. Su estructura se fundamenta en los objetivos del modelo C.E.R.C.A., propuesto por Bascuñán y Luengo-Charath, (2022), el cual organiza la comunicación de malas noticias en cinco componentes: contexto, exploración, revelación, contención y acuerdo de un plan de acción.

La herramienta hace parte de un protocolo general concebido en dos fases. En la Fase 1, reportada en el presente documento, fue sometida a validación de contenido mediante juicio de expertos. En la Fase 2, pendiente de desarrollo, se proyecta su implementación con estudiantes y la evaluación de posibles cambios mediante mediciones antes y después de la intervención.

Tabla A1

Estructura general de la herramienta educativa

Sesión	Componente del modelo C.E.R.C.A.	Objetivo formativo	Actividades principales	Producto esperado
Primera sesión	Contexto y exploración	Reconocer la importancia de preparar el ambiente comunicativo y explorar conocimientos, expectativas y emociones del paciente o familia.	Presentación inicial, acuerdos del espacio, actividad rompehielo, explicación de comunicación clínica, introducción al modelo C.E.R.C.A., análisis de video, ejercicio de emociones y juego de roles inicial.	Identificación de elementos básicos para preparar el encuentro y explorar la perspectiva del paciente o familia.

Sesión	Componente del modelo C.E.R.C.A.	Objetivo formativo	Actividades principales	Producto esperado
Segunda sesión	Revelación, contención y acuerdo	Aplicar estrategias para revelar información difícil de forma gradual, contener emociones y construir un plan de acción conjunto.	Resumen de la sesión previa, explicación de revelación de información, juego de roles, práctica de validación emocional, análisis de video, formulación de plan de acción y cierre reflexivo.	Integración de los componentes del modelo C.E.R.C.A. en una situación simulada.
Seguimiento o futuro	Aplicabilidad del aprendizaje	Explorar la percepción de utilidad, pertinencia y aplicabilidad de la herramienta en escenarios reales de práctica.	Entrevista telefónica o virtual posterior a una futura implementación.	Identificación de fortalezas, limitaciones y oportunidades de mejora de la herramienta.

Nota. La herramienta fue validada en contenido por jueces expertos durante la Fase 1. Su aplicación con estudiantes corresponde a la Fase 2 pendiente.

Tabla A2

Plan sugerido de actividades de la herramienta educativa

Momento	Actividad	Objetivo específico	Tiempo sugerido	Responsable
Apertura	Presentación de facilitadoras y acuerdos del espacio	Establecer condiciones de participación, respeto, confidencialidad y seguridad emocional.	10 min	Facilitadoras
Activación inicial	Teléfono roto corporal o actividad análoga	Reconocer la importancia de la claridad, la escucha y la transmisión adecuada de la información.	10 min	Facilitadoras

Momento	Actividad	Objetivo específico	Tiempo sugerido	Responsable
Fundamentación	Comunicación clínica y tipos de comunicación	Introducir elementos verbales, no verbales, relacionales y contextuales de la comunicación.	20 min	Facilitadoras
Fundamentación	Presentación del modelo C.E.R.C.A.	Explicar los componentes de contexto, exploración, revelación, contención y acuerdo.	20 min	Facilitadoras
Análisis	Video de comunicación inadecuada	Identificar errores frecuentes en la comunicación de información adversa.	15 min	Facilitadoras y estudiantes
Reflexión	Preguntas orientadoras sobre emociones y autocuidado	Reconocer respuestas emocionales del profesional en formación ante conversaciones difíciles.	15 min	Facilitadoras
Práctica	Juego de roles inicial	Practicar preparación del contexto y exploración de conocimientos, expectativas y emociones.	30 min	Estudiantes y facilitadoras
Práctica	Juego de roles integrador	Aplicar revelación, contención emocional y acuerdo de plan de acción.	40 min	Estudiantes y facilitadoras
Retroalimentación	Discusión guiada y observación de conductas	Fortalecer habilidades comunicativas mediante retroalimentación estructurada.	20 min	Facilitadoras y observadores

Momento	Actividad	Objetivo específico	Tiempo sugerido	Responsable
Cierre	Síntesis del aprendizaje	Integrar los componentes del modelo C.E.R.C.A. y resolver dudas.	10 min	Facilitadoras

Nota. Los tiempos pueden ajustarse según el número de participantes, disponibilidad institucional y modalidad de implementación.

Anexo B

Instrumento de evaluación asociado para futura implementación

El presente anexo corresponde al instrumento de evaluación asociado a la herramienta educativa basada en el modelo C.E.R.C.A. Este instrumento fue diseñado para ser utilizado en la Fase 2 del protocolo, con el propósito de valorar conocimientos, percepciones y elementos relacionados con la comunicación de malas noticias en estudiantes de pregrado de medicina y psicología próximos al inicio de sus prácticas profesionales. Durante la Fase 1 reportada en este documento, el instrumento fue sometido a validación de contenido mediante juicio de expertos, quienes valoraron sus ítems en términos de claridad, coherencia, relevancia y suficiencia. No obstante, el instrumento no fue aplicado a estudiantes, por lo que no se generaron mediciones pretest-postest ni resultados de cambio derivados de su uso.

El instrumento se estructuró en dos versiones complementarias: una versión de pretest, orientada a explorar conocimientos y percepciones iniciales, y una versión de postest, prevista para ser aplicada después de la implementación de la herramienta educativa. Ambas versiones conservan la misma estructura temática y evalúan dimensiones relacionadas con conocimiento teórico, habilidades prácticas, actitudes y manejo personal frente a la comunicación de malas noticias.

Tabla L1

Estructura general del instrumento asociado

Elemento	Descripción
Nombre del instrumento	Instrumento de evaluación asociado para pretest y postest
Finalidad	Valorar conocimientos, percepciones y componentes relacionados con la comunicación de malas noticias
Número de ítems	12 ítems en pretest y 12 ítems en postest
Dimensiones	Conocimiento teórico, habilidades prácticas, actitudes y manejo personal
Población destinataria futura	Estudiantes de pregrado de medicina y psicología próximos al inicio de prácticas profesionales
Uso en la Fase 1	Validación de contenido por jueces expertos
Uso en la Fase 2	Aplicación prevista antes y después de la intervención educativa

Nota. El instrumento fue validado por jueces expertos, pero no aplicado a estudiantes.

Tabla L2*Ítems del pretest*

Ítem	Dimensión	Pregunta	Opciones de respuesta
1	Conocimiento teórico	¿Cuáles son las habilidades clave al momento de dar una mala noticia?	A. Empatía - Claridad - Honestidad - Respeto - Privacidad - Escucha activa - Acompañamiento - Verificación de comprensión. B. Empatía - Claridad - Honestidad - Respeto - Escucha activa - Acompañamiento - Verificación de comprensión. C. Empatía - Claridad - Honestidad - Respeto - Privacidad - Acompañamiento - Comunicación directa.
2	Conocimiento teórico	¿Conoces alguna teoría o protocolo para la comunicación de malas noticias?	A. Sí. B. No.
3	Conocimiento teórico	¿Qué factores crees que influyen en la forma en que una persona recibe una mala noticia?	A. Estado emocional previo - Forma de comunicación - Relación con quien da la noticia - Contexto. B. Experiencias previas - Apoyo social disponible - Gravedad de la noticia - Estado emocional. C. Estado emocional previo - Forma de comunicación - Relación con quien da la noticia - Contexto - Nivel de comprensión - Creencias culturales y religiosas - Experiencias previas - Apoyo social disponible - Gravedad de la noticia.
4	Habilidades prácticas	¿Cómo consideras que un profesional de salud debe prepararse antes de comunicar una mala noticia?	A. Revisar la historia clínica - Identificar un lugar adecuado - Organizar la información a comunicar. B. Revisar la información - Planificar el encuentro - Organizar lo que se va a decir - Anticipar reacciones - Adoptar actitud empática - Regular emociones - Preparar acompañamiento. C. Regular las emociones - Preparar el acompañamiento - Definir el momento de la conversación.

Ítem	Dimensión	Pregunta	Opciones de respuesta
5	Habilidades prácticas	¿Cómo evaluarías el estado emocional de la persona antes de dar la información?	A. Desde la intuición y la experiencia en casos similares. B. Desde la observación general del comportamiento, sin hacer preguntas. C. Desde la observación verbal y no verbal, con escucha activa y preguntas abiertas.
6	Habilidades prácticas	¿Qué estrategias consideras se deben utilizar para transmitir la información de manera clara y empática?	A. Utilizar lenguaje técnico preciso y estructurar la información de forma directa. B. Utilizar lenguaje sencillo, tono calmado, escucha activa y verificar comprensión. C. Brindar la información de manera completa evitando interrupciones durante la explicación.
7	Habilidades prácticas	¿Cómo manejarías las reacciones emocionales (llanto, enojo, silencio) de la otra persona?	A. Mantener una postura neutral y centrarse en la información objetiva. B. Permitir la expresión emocional sin intervenir para no influir en la reacción. C. Validar emociones, escuchar activamente y acompañar respetando el ritmo de la persona.
8	Habilidades prácticas	¿Cómo verificas que la persona haya comprendido la información?	A. Preguntando si tiene dudas al final de la explicación. B. Observando su lenguaje corporal y nivel de atención. C. Pidiendo que explique con sus propias palabras lo que entendió y aclarando dudas.
9	Habilidades prácticas	¿Qué consideras debes hacer después de comunicar la mala noticia para brindar apoyo?	A. Permanecer disponible, escuchar reacciones y orientar sobre los siguientes pasos. B. Dar espacio sin intervenir para facilitar el procesamiento emocional. C. Retomar aspectos prácticos de la atención para mantener el enfoque.
10	Actitudes y manejo personal	¿Cómo manejarías tus propias emociones al dar una mala noticia?	A. Mantener distancia emocional para evitar involucramiento. B. Reconocer emociones, mantener la calma y comunicar de forma empática. C. Centrarse en la información técnica para reducir carga emocional.

Ítem	Dimensión	Pregunta	Opciones de respuesta
11	Actitudes y manejo personal	¿Qué tan cómodo/a te sientes en este tipo de situaciones?	A. Muy incómodo/a. B. Incómodo/a. C. Ni cómodo/a ni incómodo/a. D. Cómodo/a. E. Muy cómodo/a.
12	Actitudes y manejo personal	¿Qué consideras más difícil al comunicar una mala noticia?	A. Manejar reacciones emocionales intensas. B. Explicar la información de forma clara. C. Mantener el control de la conversación.

Nota. El pretest fue diseñado para identificar conocimientos y percepciones iniciales de los estudiantes sobre la comunicación de malas noticias antes de una futura implementación de la herramienta educativa.

Tabla L3

Ítems del postest

Ítem	Dimensión	Pregunta	Opciones de respuesta
1	Conocimiento teórico	Después de participar en el taller, ¿cuáles consideras que son los principios clave al momento de comunicar una mala noticia?	A. Empatía - Claridad - Honestidad - Respeto - Privacidad - Escucha activa - Acompañamiento - Verificación de comprensión. B. Empatía - Claridad - Honestidad - Respeto - Escucha activa - Acompañamiento - Verificación de comprensión. C. Empatía - Claridad - Honestidad - Respeto - Privacidad - Acompañamiento - Comunicación directa.
2	Conocimiento teórico	Después de participar en el taller, ¿reconoces algún modelo o protocolo para la comunicación de malas noticias?	A. Sí. B. No.

Ítem	Dimensión	Pregunta	Opciones de respuesta
3	Conocimiento teórico	Después de participar en el taller, ¿qué factores consideras que influyen en la forma en que una persona recibe una mala noticia?	A. Estado emocional previo - Forma de comunicación - Relación con quien da la noticia - Contexto. B. Experiencias previas - Apoyo social disponible - Gravedad de la noticia - Estado emocional. C. Estado emocional previo - Forma de comunicación - Relación con quien da la noticia - Contexto - Nivel de comprensión - Creencias culturales y religiosas - Experiencias previas - Apoyo social disponible - Gravedad de la noticia.
4	Habilidades prácticas	Después de participar en el taller, ¿cómo consideras que un profesional de salud debe prepararse antes de comunicar una mala noticia?	A. Revisar la historia clínica - Identificar un lugar adecuado - Organizar la información a comunicar. B. Revisar la información - Planificar el encuentro - Organizar lo que se va a decir - Anticipar reacciones - Adoptar actitud empática - Regular emociones - Preparar acompañamiento. C. Regular las emociones - Preparar el acompañamiento - Definir el momento de la conversación.
5	Habilidades prácticas	Después de participar en el taller, ¿cómo evaluarías el estado emocional de la persona antes de dar la información?	A. Desde la intuición y la experiencia en casos similares. B. Desde la observación general del comportamiento, sin hacer preguntas. C. Desde la observación verbal y no verbal, con escucha activa y preguntas abiertas.
6	Habilidades prácticas	Después de participar en el taller, ¿qué estrategias consideras que se deben utilizar para transmitir la información de manera clara y empática?	A. Utilizar lenguaje técnico preciso y estructurar la información de forma directa. B. Utilizar lenguaje sencillo, tono calmado, escucha activa y verificar comprensión. C. Brindar la información de manera completa evitando interrupciones durante la explicación.

Ítem	Dimensión	Pregunta	Opciones de respuesta
7	Habilidades prácticas	Después de participar en el taller, ¿cómo manejarías las reacciones emocionales (llanto, enojo, silencio) de la otra persona?	A. Mantener una postura neutral y centrarse en la información objetiva. B. Permitir la expresión emocional sin intervenir para no influir en la reacción. C. Validar emociones, escuchar activamente y acompañar respetando el ritmo de la persona.
8	Habilidades prácticas	Después de participar en el taller, ¿cómo verificamos que la persona haya comprendido la información?	A. Preguntando si tiene dudas al final de la explicación. B. Observando su lenguaje corporal y nivel de atención. C. Pidiendo que explique con sus propias palabras lo que entendió y aclarando dudas.
9	Habilidades prácticas	Después de participar en el taller, ¿qué consideras que se debe hacer después de comunicar la mala noticia para brindar apoyo?	A. Permanecer disponible, escuchar reacciones y orientar sobre los siguientes pasos. B. Dar espacio sin intervenir para facilitar el procesamiento emocional. C. Retomar aspectos prácticos de la atención para mantener el enfoque.
10	Actitudes y manejo personal	Después de participar en el taller, ¿cómo manejarías tus propias emociones al dar una mala noticia?	A. Mantener distancia emocional para evitar involucramiento. B. Reconocer emociones, mantener la calma y comunicar de forma empática. C. Centrarse en la información técnica para reducir carga emocional.
11	Actitudes y manejo personal	Después de participar en el taller, ¿qué tan cómodo/a te sientes al enfrentar este tipo de situaciones?	A. Muy incómodo/a. B. Incómodo/a. C. Ni cómodo/a ni incómodo/a. D. Cómodo/a. E. Muy cómodo/a.

Ítem	Dimensión	Pregunta	Opciones de respuesta
12	Actitudes y manejo personal	Después de participar en el taller, ¿qué consideras que es lo más difícil al comunicar una mala noticia?	A. Manejar reacciones emocionales intensas. B. Explicar la información de forma clara. C. Mantener el control de la conversación.

Nota. El postest fue diseñado para ser aplicado después de la futura implementación de la herramienta educativa, con el fin de valorar cambios en conocimientos y percepciones sobre la comunicación de malas noticias.

Tabla L4

Relación entre los ítems del instrumento y las dimensiones evaluadas

Dimensión	Ítems
Conocimiento teórico	1, 2 y 3
Habilidades prácticas	4, 5, 6, 7, 8 y 9
Actitudes y manejo personal	10, 11 y 12

Nota. Esta organización temática permitió valorar de manera estructurada componentes conceptuales, procedimentales y actitudinales relacionados con la comunicación de malas noticias.

Tabla L5

Resultados de la validación de contenido del instrumento asociado

Criterio evaluado	Bajo nivel n (%)	Nivel moderado n (%)	Nivel alto n (%)
Claridad	0 (0 %)	10 (16.67 %)	50 (83.33 %)
Coherencia	0 (0 %)	2 (3.33 %)	58 (96.67 %)
Relevancia	0 (0 %)	0 (0 %)	60 (100 %)

Criterio evaluado	Bajo nivel n (%)	Nivel moderado n (%)	Nivel alto n (%)
Suficiencia	0 (0 %)	5 (8.33 %)	55 (91.67 %)

Nota. Los resultados corresponden a la valoración de los jueces expertos sobre los 12 ítems del instrumento asociado.

Anexo L

Guion de juego de roles y casos simulados

El juego de roles se diseñó como una estrategia experiencial para practicar la comunicación de malas noticias en un ambiente controlado, seguro y formativo. Esta actividad permite representar situaciones clínicas o psicosociales complejas, desarrollar habilidades comunicativas, recibir retroalimentación y reconocer el impacto emocional de las conversaciones difíciles.

Cada ejercicio debe desarrollarse con la participación de al menos tres roles: profesional en formación, paciente o familiar simulado y observador. El profesional en formación debe aplicar los componentes del modelo C.E.R.C.A.; el paciente o familiar simulado debe representar las características emocionales y comunicativas del caso asignado; y el observador debe registrar conductas comunicativas relevantes para la retroalimentación posterior.

Tabla B1

Roles sugeridos para la actividad de simulación

Rol	Función dentro de la actividad
Profesional en formación	Aplica el modelo C.E.R.C.A. durante la comunicación de la mala noticia. Puede corresponder a estudiante de medicina o psicología, según el caso.
Paciente simulado	Representa a la persona que recibe la información adversa, expresando dudas, emociones, expectativas o reacciones acordes con la situación.
Familiar simulado	Acompaña al paciente o recibe la información en situaciones donde el paciente no puede participar directamente.
Observador	Registra conductas comunicativas del profesional en formación y aporta retroalimentación estructurada.
Facilitador	Orienta la actividad, controla los tiempos, promueve la reflexión y asegura el cierre emocional del ejercicio.

Nota. Los roles pueden ajustarse según el número de participantes y las condiciones institucionales disponibles.

Caso 1. Comunicación de diagnóstico oncológico probable

La señora Carmen López, de 58 años, acude a consulta acompañada de su hija para recibir los resultados de una biopsia mamaria. La paciente sabe que los estudios previos mostraron una lesión sospechosa, pero conserva la expectativa de que se trate de una condición benigna. Se muestra inquieta, evita el contacto visual y expresa temor antes de iniciar la conversación. El resultado confirma un diagnóstico compatible con cáncer de mama en etapa inicial, con posibilidades de tratamiento oportuno.

El estudiante que asume el rol profesional debe preparar el contexto, explorar qué entiende la paciente sobre los estudios realizados, identificar sus temores principales, revelar la información de forma clara y progresiva, validar la reacción emocional y acordar los pasos siguientes. Si participa un estudiante de psicología, puede asumir funciones de contención emocional, intervención inicial en crisis y apoyo a la familia.

Caso 2. Comunicación de progresión de enfermedad crónica

El señor Carlos Ramírez, de 60 años, se encuentra en seguimiento por una enfermedad crónica de evolución progresiva. Acude a consulta con actitud optimista y comenta que se ha sentido algo mejor, por lo que espera que el tratamiento esté funcionando. Sin embargo, los estudios recientes muestran progresión de la enfermedad y necesidad de replantear el manejo terapéutico. El estudiante debe explorar las expectativas del paciente, indagar qué información tiene sobre su condición, introducir la noticia de manera gradual, verificar comprensión, responder a emociones de sorpresa o frustración y acordar un plan inicial. El objetivo del ejercicio es entrenar la entrega de información adversa sin anular la esperanza realista ni generar falsas expectativas.

Caso 3. Acompañamiento familiar ante muerte por suicidio

La familia del señor Andrés Martínez, de 24 años, recibe información sobre su fallecimiento por suicidio. El joven tenía antecedentes de síntomas depresivos, aislamiento progresivo y verbalizaciones indirectas de desesperanza. La madre presenta llanto persistente y sentimientos de culpa; la hermana se encuentra en estado de shock y posteriormente expresa rabia; el padre adopta una actitud aparentemente controlada y se centra en los trámites.

Este caso está orientado principalmente a la intervención en crisis, la contención emocional y la comunicación cuidadosa con familiares. El estudiante debe preparar un ambiente privado, comunicar con lenguaje claro y respetuoso, evitar culpabilizaciones, validar emociones, permitir silencios y orientar pasos inmediatos. El caso requiere especial cuidado por su carga emocional, por lo que el facilitador debe realizar un cierre reflexivo y verificar el estado emocional de los participantes al finalizar.

Tabla B2

Conductas esperadas según el modelo C.E.R.C.A.

Componente	Conductas esperadas del estudiante
Contexto	Garantiza privacidad, se presenta, verifica quiénes deben estar presentes, dispone de tiempo suficiente y solicita permiso para iniciar la conversación.

Componente	Conductas esperadas del estudiante
Exploración	Pregunta qué sabe el paciente o familia, qué espera, qué teme y qué desea conocer en ese momento.
Revelación	Comunica la información de manera clara, gradual y honesta, usando lenguaje comprensible y pausas.
Contención	Reconoce emociones, valida la reacción emocional, permite silencios y evita minimizar el sufrimiento.
Acuerdo	Resume la información principal, define próximos pasos, resuelve dudas iniciales y transmite acompañamiento.

Nota. Esta tabla puede ser utilizada por observadores y facilitadores durante la retroalimentación.

Anexo C

Rejilla de evaluación de la herramienta educativa para jueces expertos

La presente rejilla tiene como propósito valorar la calidad de la herramienta educativa basada en el modelo C.E.R.C.A. para la comunicación de malas noticias. La evaluación debe realizarse considerando los criterios de claridad, coherencia, relevancia y suficiencia. Las observaciones emitidas por los jueces expertos serán utilizadas exclusivamente con fines académicos y metodológicos para fortalecer la herramienta antes de una futura implementación.

Tabla C1

Definición operativa de los criterios de evaluación

Criterio	Definición operativa
Claridad	Evalúa si el lenguaje, las instrucciones, los objetivos y las actividades son comprensibles y no presentan ambigüedades.
Coherencia	Evalúa la relación lógica entre los objetivos del modelo C.E.R.C.A., las actividades propuestas y el propósito formativo.
Relevancia	Evalúa la pertinencia del componente para el entrenamiento en comunicación de malas noticias.
Suficiencia	Evalúa si los contenidos y actividades cubren adecuadamente las dimensiones necesarias para alcanzar el objetivo educativo.

Tabla C2

Rejilla de evaluación de la herramienta educativa

Componente evaluado	Claridad	Coherencia	Relevancia	Suficiencia	Observaciones del juez experto
Presentación inicial y reglas del espacio	—	—	—	—	—
Actividad rompehielo	—	—	—	—	—
Explicación de comunicación y tipos de comunicación	—	—	—	—	—

Componente evaluado	Claridad	Coherencia	Relevancia	Suficiencia	Observaciones del juez experto
Introducción a comunicación de malas noticias	—	—	—	—	—
Explicación del modelo C.E.R.C.A.	—	—	—	—	—
Actividad sobre contexto	—	—	—	—	—
Video de comunicación inadecuada	—	—	—	—	—
Ejercicio de emociones y autocuidado	—	—	—	—	—
Actividad de exploración	—	—	—	—	—
Juego de roles inicial	—	—	—	—	—
Actividad de revelación	—	—	—	—	—
Actividad de contención emocional	—	—	—	—	—
Actividad de acuerdo de plan de acción	—	—	—	—	—
Cierre reflexivo	—	—	—	—	—
Estrategia de seguimiento futuro	—	—	—	—	—

Nota. Escala sugerida: 1 = no cumple; 2 = bajo nivel; 3 = nivel moderado; 4 = nivel alto.

Anexo D

Rejilla de evaluación del instrumento asociado para futura implementación

La presente rejilla tiene como finalidad valorar el instrumento de evaluación diseñado para una futura implementación de la herramienta educativa en estudiantes de medicina y psicología. En el presente estudio, este instrumento fue sometido únicamente a validación de contenido por jueces expertos y no fue aplicado a población estudiantil.

Tabla D1

Rejilla de evaluación del instrumento asociado

Ítem del instrumento	Claridad	Coherencia	Relevancia	Suficiencia	Observaciones del juez experto
1	—	—	—	—	—
2	—	—	—	—	—
3	—	—	—	—	—
4	—	—	—	—	—
5	—	—	—	—	—
6	—	—	—	—	—
7	—	—	—	—	—
8	—	—	—	—	—
9	—	—	—	—	—
10	—	—	—	—	—
11	—	—	—	—	—
12	—	—	—	—	—

Nota. Escala sugerida: 1 = no cumple; 2 = bajo nivel; 3 = nivel moderado; 4 = nivel alto. El instrumento evaluado corresponde a una propuesta para futura implementación y no a una medición aplicada en el presente estudio.

Anexo E
Consentimiento informado para jueces expertos
(Formato utilizado en la Fase 1)

Título de la investigación: Entrenamiento en comunicación de malas noticias: implementación de herramienta educativa en estudiantes de pregrado del área de psicología y medicina que pasan a prácticas profesionales.

Investigadoras: Juliet Camila Hernández Leguizamón, Norma Pilar Romero Pastor, Claudia Tatiana López Tavera y Maira Katherine Cortes Tirado.

Institución: Fundación Universitaria Sanitas, Facultad de Psicología, Maestría en Psicología Clínica y de la Salud.

Usted ha sido invitado(a) a participar como juez experto en el proceso de validación de contenido de una herramienta educativa basada en el modelo C.E.R.C.A. para la comunicación de malas noticias. Su participación consiste en revisar la herramienta educativa y los instrumentos asociados, valorar sus componentes según los criterios de claridad, coherencia, relevancia y suficiencia, y realizar observaciones cualitativas que permitan fortalecer la propuesta.

La participación en este estudio es voluntaria. Usted puede aceptar o rechazar la invitación sin que esto genere consecuencias personales, laborales, académicas o institucionales. También puede abstenerse de responder algún apartado o retirarse del proceso si así lo considera necesario.

El estudio no implica intervención clínica, procedimientos invasivos, manipulación de variables biológicas, acceso a historias clínicas ni recolección de información de pacientes. Su participación se limita a la revisión académica y metodológica del material educativo. Por lo tanto, se considera una actividad de bajo riesgo o sin riesgo directo para los participantes.

La información suministrada será utilizada exclusivamente con fines académicos e investigativos. Sus respuestas serán tratadas de manera confidencial y serán reportadas de forma agregada o mediante códigos, evitando la identificación directa de los jueces expertos en los resultados del estudio. Las observaciones realizadas serán utilizadas para fortalecer la herramienta educativa antes de futuras fases de implementación.

Al firmar este consentimiento, usted declara que ha recibido información suficiente sobre el objetivo del estudio, el alcance de su participación, la voluntariedad del proceso, la confidencialidad de la información y el uso académico de sus aportes.

Nombre del juez experto: _____

Documento de identidad: _____

Profesión: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Firma de la investigadora responsable: _____

Anexo F
Carta de invitación a jueces expertos

Respetado(a) profesional:

Reciba un cordial saludo. Nos permitimos invitarlo(a) a participar como juez experto en el proceso de validación de contenido de la herramienta educativa desarrollada en el marco del trabajo de grado titulado “Entrenamiento en comunicación de malas noticias: implementación de herramienta educativa en estudiantes de pregrado del área de psicología y medicina que pasan a prácticas profesionales”, correspondiente a la Maestría en Psicología Clínica y de la Salud de la Fundación Universitaria Sanitas.

El protocolo general contempla dos fases. La primera fase corresponde al diseño y validación de contenido de la herramienta educativa mediante juicio de expertos. La segunda fase, pendiente de desarrollo, contempla la implementación posterior de la herramienta con estudiantes de medicina y psicología próximos al inicio de sus prácticas profesionales.

Su participación consistirá en revisar la herramienta educativa y los instrumentos asociados, valorar sus componentes de acuerdo con los criterios de claridad, coherencia, relevancia y suficiencia, y emitir observaciones cualitativas que permitan fortalecer la propuesta. Su experiencia profesional y académica será de gran valor para mejorar la calidad metodológica, pedagógica y conceptual de la herramienta.

La participación es voluntaria y la información suministrada será utilizada exclusivamente con fines académicos e investigativos. Las valoraciones serán reportadas de forma agregada o mediante códigos, preservando la confidencialidad de los participantes.

Agradecemos de antemano su tiempo, disposición y aportes al fortalecimiento de esta propuesta formativa.

Cordialmente,

Nombre de la investigadora responsable
Maestría en Psicología Clínica y de la Salud
Fundación Universitaria Sanitas

Anexo G
Caracterización de jueces expertos

La caracterización de los jueces expertos permite documentar la idoneidad profesional de quienes participaron en el proceso de validación de contenido. Para proteger la confidencialidad de los participantes, la información se presenta mediante códigos alfanuméricos.

Tabla G1

Caracterización de los jueces expertos participantes en la validación de contenido

Código del juez	Profesión	Formación académica	Perfil académico o docente
J1	Psicóloga	Magíster	Docente
J2	Médica	Magíster	Docente de Complejo Multifuncional Avanzado de Prácticas y Simulación
J3	Médica	Magíster	Docente facilitadora
J4	Médica	Magíster	Docente - Asesora práctica
J5	Enfermera	Magíster	Docente - Asesora práctica

Nota. La información se presenta de forma codificada para preservar la confidencialidad de los jueces expertos.

Anexo H

Matriz de resultados cuantitativos de la validación

La matriz de resultados cuantitativos sintetiza las valoraciones emitidas por los jueces expertos frente a la herramienta educativa y el instrumento asociado. Los resultados se presentan en términos de frecuencias absolutas y porcentajes para los criterios de claridad, coherencia, relevancia y suficiencia.

Tabla H1

Resultados globales de la validación de contenido de la herramienta educativa

Criterio evaluado	Cumple n (%)	Cumple parcialmente n (%)	No cumple n (%)
Claridad	5 (100 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Coherencia	5 (100 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Relevancia	5 (100 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Suficiencia	4 (80 %)	1 (20 %)	0 (0 %)

Nota. La tabla presenta los resultados globales de la valoración de la herramienta educativa por parte de cinco jueces expertos.

Tabla H2

Distribución de valoraciones del instrumento asociado para futura implementación

Criterio evaluado	Bajo nivel n (%)	Nivel moderado n (%)	Nivel alto n (%)
Claridad	0 (0 %)	10 (16.67 %)	50 (83.33 %)
Coherencia	0 (0 %)	2 (3.33 %)	58 (96.67 %)
Relevancia	0 (0 %)	0 (0 %)	60 (100 %)
Suficiencia	0 (0 %)	5 (8.33 %)	55 (91.67 %)

Nota. Los porcentajes corresponden al total de valoraciones emitidas por los jueces expertos para los ítems del instrumento asociado. Este instrumento fue validado para una futura implementación y no fue aplicado en estudiantes durante la Fase 1.

Nota. Matriz exportada desde Excel; CVR* corresponde a la razón de validez de contenido ajustada para el criterio.

Anexo I

Matriz de cálculo de validez de contenido mediante CVR ajustado

Para el cálculo de la validez de contenido se utilizó la razón de validez de contenido ajustada, basada en la modificación propuesta por Tristán al modelo de Lawshe. Este procedimiento permite estimar el nivel de acuerdo favorable entre jueces expertos respecto a la adecuación de los componentes evaluados.

La fórmula original de Lawshe se expresa de la siguiente manera:

$$\text{CVR} = (ne - N / 2) / (N / 2)$$

En esta fórmula, *ne* corresponde al número de jueces que consideran el elemento como esencial o adecuado, y *N* corresponde al número total de jueces. La modificación propuesta por Tristán permite transformar el valor original en un índice ajustado entre 0 y 1 mediante la siguiente expresión:

$$\text{CVR}^* = (\text{CVR} + 1) / 2$$

Dado que esta transformación equivale a la proporción de jueces que otorgaron una valoración favorable, el CVR ajustado también puede interpretarse como:

$$\text{CVR}^* = ne / N$$

En el presente estudio participaron cinco jueces expertos. Por tanto, un CVR* de 1.00 indica valoración favorable de cinco de cinco jueces; un CVR* de 0.80 indica valoración favorable de cuatro de cinco jueces; y un CVR* de 0.60 indica valoración favorable de tres de cinco jueces. Se consideraron aceptables los componentes con valores iguales o superiores a 0.58.

Tabla I1

Matriz de CVR ajustado para componentes de la herramienta educativa

Ítem	Componente evaluado	Claridad	Coherencia	Relevancia	Suficiencia
1	Presentación de facilitadoras y reglas del espacio	1.00	1.00	1.00	1.00
2	Actividad rompehielo	1.00	1.00	1.00	1.00
3	Evaluación inicial propuesta para futura implementación	1.00	1.00	1.00	1.00
4	Explicación de comunicación, axiomas y tipos de comunicación	1.00	1.00	1.00	1.00
5	Explicación general de mala noticia y modelo C.E.R.C.A.	1.00	1.00	1.00	1.00

Ítem	Componente evaluado	Claridad	Coherencia	Relevancia	Suficiencia
6	Espacio reflexivo inicial	1.00	1.00	1.00	1.00
7	Consideraciones del contexto	1.00	1.00	1.00	1.00
8	Video sobre comunicación inadecuada	1.00	1.00	1.00	1.00
9	Actividad de análisis de errores comunicativos	1.00	1.00	1.00	1.00
10	Ejercicio de emociones	1.00	1.00	1.00	1.00
11	Metáfora de autocuidado	1.00	1.00	1.00	1.00
12	Espacio reflexivo sobre valores personales	1.00	1.00	1.00	0.60
13	Video de empatía	1.00	1.00	1.00	1.00
14	Exploración de conocimientos y expectativas del paciente	1.00	1.00	1.00	1.00
15	Juego de roles para exploración	1.00	1.00	1.00	1.00
16	Espacio reflexivo asociado a exploración	1.00	0.60	0.60	1.00
17	Mural de ideas sobre comunicación de malas noticias	1.00	1.00	1.00	1.00
18	Espacio reflexivo de cierre de primera sesión	1.00	1.00	1.00	1.00
19	Resumen de sesión previa	1.00	1.00	1.00	1.00

Ítem	Componente evaluado	Claridad	Coherencia	Relevancia	Suficiencia
20	Componente de revelación	1.00	1.00	1.00	1.00
21	Juego de roles para revelación	1.00	1.00	1.00	1.00
22	Componente de contención emocional	1.00	1.00	1.00	1.00
23	Actividad práctica de validación emocional	1.00	1.00	1.00	1.00
24	Video de apoyo sobre noticias difíciles	1.00	1.00	1.00	1.00
25	Componente de acuerdo de plan de acción	1.00	1.00	1.00	1.00
26	Juego de roles integrador	1.00	1.00	1.00	1.00
27	Espacio reflexivo integrador del modelo C.E.R.C.A.	1.00	1.00	1.00	1.00
28	Evaluación final propuesta para futura implementación	1.00	1.00	1.00	1.00
29	Seguimiento telefónico propuesto	1.00	1.00	1.00	1.00

Nota. Todos los componentes alcanzaron valores aceptables de validez de contenido. Los valores de 0.60 corresponden a valoración favorable de tres de cinco jueces y orientaron ajustes específicos en suficiencia, coherencia o relevancia de algunos espacios reflexivos.

Tabla I2

Matriz de CVR ajustado para el instrumento asociado

Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Suficiencia
1	1.00	1.00	1.00	1.00
2	1.00	1.00	1.00	1.00

Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Suficiencia
3	1.00	1.00	1.00	1.00
4	1.00	1.00	1.00	1.00
5	1.00	1.00	1.00	1.00
6	1.00	1.00	1.00	1.00
7	1.00	1.00	1.00	1.00
8	1.00	1.00	1.00	1.00
9	1.00	1.00	1.00	1.00
10	1.00	1.00	1.00	1.00
11	1.00	1.00	1.00	1.00
12	1.00	1.00	1.00	1.00

Nota. El instrumento asociado fue validado por jueces expertos para una futura implementación. No fue aplicado a estudiantes durante la Fase 1.

Anexo J

Matriz de observaciones cualitativas de jueces expertos

Las observaciones cualitativas permitieron complementar los resultados cuantitativos de la validación de contenido. Estas recomendaciones fueron organizadas en categorías temáticas con el fin de documentar la trazabilidad entre el juicio experto, los ajustes realizados y la justificación metodológica de dichos cambios.

Tabla J1

Matriz de observaciones cualitativas de jueces expertos

Categoría	Recomendación de los jueces expertos	Ajuste realizado o propuesto	Justificación metodológica
Duración de actividades	Revisar los tiempos asignados a cada actividad, especialmente en simulaciones y espacios reflexivos.	Se reorganizó la distribución temporal de las actividades.	Mejorar la viabilidad de la herramienta y evitar sobrecarga en los participantes.
Diferenciación disciplinar	Diferenciar con mayor claridad los roles de estudiantes de medicina y psicología.	Se precisaron roles diferenciados en los casos simulados.	Fortalecer el enfoque interdisciplinario sin perder la especificidad profesional.
Espacios reflexivos	Reorganizar los espacios reflexivos para evitar repetición.	Se unificaron preguntas orientadoras y se redujeron las redundancias.	Mejorar la continuidad pedagógica y la articulación con el modelo C.E.R.C.A.
Juego de roles	Ampliar los casos y precisar conductas esperadas de participantes y observadores.	Se fortaleció el guión de simulación y los criterios de observación.	Facilitar la práctica deliberada y la retroalimentación estructurada.
Seguimiento futuro	Precisar momento, duración, preguntas y forma de registro del seguimiento.	Se estructuró una guía de seguimiento telefónico o virtual.	Mejorar la trazabilidad de la utilidad percibida y aplicabilidad futura.

Categoría	Recomendación de los jueces expertos	Ajuste realizado o propuesto	Justificación metodológica
Claridad semántica	Ajustar instrucciones e ítems para favorecer comprensión.	Se revisó redacción, lenguaje e instrucciones de actividades e instrumentos.	Disminuir ambigüedades y aumentar claridad operativa.
Suficiencia	Ampliar algunos componentes para cubrir mejor el propósito formativo.	Se fortalecieron actividades relacionadas con contención, retroalimentación y seguimiento.	Asegurar mayor cobertura de las dimensiones necesarias para el entrenamiento en comunicación de malas noticias.
Pertinencia general	Conservar la estructura general por su valor formativo.	Se mantuvo la estructura basada en el modelo C.E.R.C.A. con ajustes derivados del juicio experto.	Preservar la coherencia conceptual y pedagógica de la herramienta.

Nota. Esta matriz complementa la Tabla 4 del apartado de resultados y documenta la forma en que las observaciones de los jueces expertos orientaron ajustes metodológicos, pedagógicos y operativos de la herramienta educativa.

Anexo K

Matriz de ajustes realizados a la herramienta educativa

La siguiente matriz presenta la trazabilidad entre las observaciones realizadas por los jueces expertos y los ajustes efectuados a la herramienta educativa. Este anexo permite evidenciar cómo el juicio experto contribuyó al fortalecimiento conceptual, pedagógico y metodológico de la propuesta.

Tabla K1

Matriz de ajustes derivados del juicio de expertos

Observación de los jueces	Componente afectado	Ajuste realizado	Justificación del ajuste
Revisar la duración de las actividades en función del tiempo disponible.	Sesiones formativas	Se reorganizó la distribución temporal de las actividades.	Mejorar la viabilidad de implementación y evitar sobrecarga en los participantes.
Diferenciar con mayor claridad las actividades de medicina y psicología.	Juego de roles y casos simulados	Se precisaron roles diferenciados para medicina y psicología.	Fortalecer la pertinencia interdisciplinaria de la herramienta.
Ampliar escenarios relacionados con salud mental y crisis emocional.	Guion de juego de roles	Se incorporaron casos con componentes psicológicos, crisis y acompañamiento familiar.	Favorecer la participación significativa de estudiantes de psicología.
Unificar algunos espacios reflexivos.	Actividades reflexivas	Se redujeron las redundancias y se propusieron preguntas orientadoras comunes.	Mejorar la continuidad pedagógica y la articulación con el modelo C.E.R.C.A.
Precisar el rol de observadores y facilitadores.	Juego de roles	Se definieron funciones específicas para cada rol.	Optimizar la retroalimentación y la organización de la simulación.
Fortalecer indicadores observables de desempeño.	Evaluación formativa	Se propusieron conductas esperadas por componentes del modelo C.E.R.C.A.	Facilitar la observación, retroalimentación y futura evaluación del desempeño.

Observación de los jueces	Componente afectado	Ajuste realizado	Justificación del ajuste
Aclarar la estrategia de seguimiento.	Seguimiento futuro	Se estructuró una entrevista de seguimiento telefónico o virtual.	Mejorar la trazabilidad de la percepción de utilidad y aplicabilidad futura.
Ajustar redacción de instrucciones.	Herramienta e instrumentos	Se revisó la claridad semántica de instrucciones y actividades.	Aumentar la comprensión y disminuir ambigüedades.
Mantener la estructura general por su pertinencia formativa.	Herramienta educativa completa	Se conservó la estructura basada en C.E.R.C.A.	Los jueces reconocieron coherencia y relevancia en el diseño general.

Nota. Los ajustes se realizaron con base en las recomendaciones de los jueces expertos y se orientaron a fortalecer la claridad, coherencia, relevancia, suficiencia y aplicabilidad futura de la herramienta educativa.

Anexo L

Guion de juego de roles y casos simulados

El juego de roles se diseñó como una estrategia experiencial para practicar la comunicación de malas noticias en un ambiente controlado, seguro y formativo. Esta actividad permite representar situaciones clínicas o psicosociales complejas, desarrollar habilidades comunicativas, recibir retroalimentación y reconocer el impacto emocional de las conversaciones difíciles.

Cada ejercicio debe desarrollarse con la participación de al menos tres roles: profesional en formación, paciente o familiar simulado y observador. El profesional en formación debe aplicar los componentes del modelo C.E.R.C.A.; el paciente o familiar simulado debe representar las características emocionales y comunicativas del caso asignado; y el observador debe registrar conductas comunicativas relevantes para la retroalimentación posterior.

Tabla B1

Roles sugeridos para la actividad de simulación

Rol	Función dentro de la actividad
Profesional en formación	Aplica el modelo C.E.R.C.A. durante la comunicación de la mala noticia. Puede corresponder a estudiante de medicina o psicología, según el caso.
Paciente simulado	Representa a la persona que recibe la información adversa, expresando dudas, emociones, expectativas o reacciones acordes con la situación.
Familiar simulado	Acompaña al paciente o recibe la información en situaciones donde el paciente no puede participar directamente.
Observador	Registra conductas comunicativas del profesional en formación y aporta retroalimentación estructurada.
Facilitador	Orienta la actividad, controla los tiempos, promueve la reflexión y asegura el cierre emocional del ejercicio.

Nota. Los roles pueden ajustarse según el número de participantes y las condiciones institucionales disponibles.

Caso 1. Comunicación de diagnóstico oncológico probable

La señora Carmen López, de 58 años, acude a consulta acompañada de su hija para recibir los resultados de una biopsia mamaria. La paciente sabe que los estudios previos mostraron una lesión sospechosa, pero conserva la expectativa de que se trate de una condición benigna. Se muestra inquieta, evita el contacto visual y expresa temor antes de iniciar la conversación. El resultado confirma un diagnóstico compatible con cáncer de mama en etapa inicial, con posibilidades de tratamiento oportuno.

El estudiante que asume el rol profesional debe preparar el contexto, explorar qué entiende la paciente sobre los estudios realizados, identificar sus temores principales, revelar la información de forma clara y progresiva, validar la reacción emocional y acordar los pasos siguientes. Si participa un estudiante de psicología, puede asumir funciones de contención emocional, intervención inicial en crisis y apoyo a la familia.

Caso 2. Comunicación de progresión de enfermedad crónica

El señor Carlos Ramírez, de 60 años, se encuentra en seguimiento por una enfermedad crónica de evolución progresiva. Acude a consulta con actitud optimista y comenta que se ha sentido algo mejor, por lo que espera que el tratamiento esté funcionando. Sin embargo, los estudios recientes muestran progresión de la enfermedad y necesidad de replantear el manejo terapéutico. El estudiante debe explorar las expectativas del paciente, indagar qué información tiene sobre su condición, introducir la noticia de manera gradual, verificar comprensión, responder a emociones de sorpresa o frustración y acordar un plan inicial. El objetivo del ejercicio es entrenar la entrega de información adversa sin anular la esperanza realista ni generar falsas expectativas.

Caso 3. Acompañamiento familiar ante muerte por suicidio

La familia del señor Andrés Martínez, de 24 años, recibe información sobre su fallecimiento por suicidio. El joven tenía antecedentes de síntomas depresivos, aislamiento progresivo y verbalizaciones indirectas de desesperanza. La madre presenta llanto persistente y sentimientos de culpa; la hermana se encuentra en estado de shock y posteriormente expresa rabia; el padre adopta una actitud aparentemente controlada y se centra en los trámites.

Este caso está orientado principalmente a la intervención en crisis, la contención emocional y la comunicación cuidadosa con familiares. El estudiante debe preparar un ambiente privado, comunicar con lenguaje claro y respetuoso, evitar culpabilizaciones, validar emociones, permitir silencios y orientar pasos inmediatos. El caso requiere especial cuidado por su carga emocional, por lo que el facilitador debe realizar un cierre reflexivo y verificar el estado emocional de los participantes al finalizar.

Tabla B2

Conductas esperadas según el modelo C.E.R.C.A.

Componente	Conductas esperadas del estudiante
Contexto	Garantiza privacidad, se presenta, verifica quiénes deben estar presentes, dispone de tiempo suficiente y solicita permiso para iniciar la conversación.
Exploración	Pregunta qué sabe el paciente o familia, qué espera, qué teme y qué desea conocer en ese momento.
Revelación	Comunica la información de manera clara, gradual y honesta, usando lenguaje comprensible y pausas.
Contención	Reconoce emociones, valida la reacción emocional, permite silencios y evita minimizar el sufrimiento.
Acuerdo	Resume la información principal, define próximos pasos, resuelve dudas iniciales y transmite acompañamiento.

Nota. Esta tabla puede ser utilizada por observadores y facilitadores durante la retroalimentación.

Anexo M

Entrevista de seguimiento para futura implementación

La entrevista de seguimiento se propone como una estrategia para explorar la percepción de los estudiantes después de una futura implementación de la herramienta educativa. No fue aplicada durante la Fase 1 del estudio.

Tabla M1

Guía de entrevista de seguimiento posterior a la implementación

Dimensión	Pregunta orientadora	Tipo de respuesta
Comprensión	¿Las instrucciones y actividades de la herramienta fueron claras para usted?	Cerrada y abierta
Pertinencia	¿Considera que los contenidos abordados son pertinentes para su formación profesional?	Cerrada y abierta
Aplicabilidad	¿Cree que lo trabajado puede ser útil en escenarios reales de práctica?	Cerrada y abierta
Carga emocional	¿Alguna actividad le generó malestar emocional significativo?	Cerrada y abierta
Juego de roles	¿Los casos simulados le parecieron realistas y útiles para su aprendizaje?	Cerrada y abierta
Reflexión	¿Los espacios reflexivos le permitieron reconocer emociones o dificultades personales frente a la comunicación de malas noticias?	Abierta
Mejora	¿Qué aspectos de la herramienta considera que deberían modificarse o fortalecerse?	Abierta
Valoración global	¿Recomendaría mantener esta herramienta dentro de la formación de estudiantes de medicina y psicología?	Cerrada y abierta

Nota. Esta entrevista deberá aplicarse únicamente en la Fase 2, previo aval ético y consentimiento informado de los estudiantes participantes.

Anexo N

Rúbrica de observación para juego de roles en futura implementación

La siguiente rúbrica se propone como recurso de evaluación formativa para una futura implementación de la herramienta educativa. Su propósito es orientar la observación y retroalimentación del desempeño comunicativo de los estudiantes durante actividades simuladas.

Tabla N1

Rúbrica de observación basada en el modelo C.E.R.C.A.

Componente	Desempeño inicial	Desempeño en desarrollo	Desempeño adecuado
Contexto	No prepara el ambiente, no verifica privacidad o inicia la conversación de manera abrupta.	Prepara parcialmente el ambiente, pero omite algunos elementos relevantes.	Garantiza privacidad, se presenta, verifica participantes, reduce interrupciones y dispone de tiempo.
Exploración	No indaga lo que el paciente o familiar sabe, espera o teme.	Realiza algunas preguntas, pero no profundiza en expectativas o emociones.	Explora conocimientos previos, expectativas, temores y disposición para recibir información.
Revelación	Entrega la información de manera brusca, técnica o desorganizada.	Comunica la información con cierta claridad, pero con escasa gradualidad o verificación.	Revela la información de forma clara, gradual, honesta y comprensible.
Contención	Evita o minimiza las emociones del paciente o familiar.	Reconoce emociones, pero ofrece respuestas limitadas o poco empáticas.	Válida emociones, permite silencios, escucha activamente y mantiene presencia empática.
Acuerdo	Finaliza sin plan, sin resolver dudas o sin orientar próximos pasos.	Propone algunos pasos, pero no verifica comprensión o necesidades.	Resume la información, verifica comprensión, define próximos pasos y transmite acompañamiento.

Nota. La rúbrica se plantea como apoyo para la Fase 2 y no fue aplicada durante la Fase 1 reportada.

Anexo O

Cronograma prospectivo para la Fase 2 pendiente

El siguiente cronograma presenta una propuesta orientativa para la futura implementación de la herramienta educativa con estudiantes. No corresponde a actividades ejecutadas durante la Fase 1.

Tabla O1

Cronograma prospectivo de implementación futura

Actividad	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4
Solicitud de aval ético específico para implementación	X			
Convocatoria de estudiantes participantes	X	X		
Firma de consentimiento informado		X		
Aplicación de medición pretest		X		
Implementación de la herramienta educativa		X	X	
Aplicación de medición postest			X	
Entrevista de seguimiento			X	X
Análisis de resultados				X
Elaboración de informe de Fase 2				X

Nota. Este cronograma es una propuesta para futuras investigaciones y deberá ajustarse a las condiciones institucionales, éticas y operativas vigentes.

Anexo P. Aval ético inicial y aprobación de enmienda del protocolo



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

CEIFUS 987-26
Bogotá D.C, 23 de abril de 2026

Doctores:

Juliet Camila Hernández Leguizamón
Maira Katherine Cortes Tirado
Norma Pilar Romero Pastor
Claudia Tatiana López Tavera
Investigador Principal
Bogotá

Ref: Concepto ético de la solicitud vinculada al protocolo (142-25 UNV) Entrenamiento en comunicación de malas noticias: implementación de la herramienta educativa en estudiantes de pregrado del área de psicología y medicina que pasan a prácticas profesionales

Doctores

El día 14/04/2026, en la sesión registrada en el acta No. 014-26, se reunió el Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas, donde se deja constancia de la recepción del comunicado de 06/04/2026 y evaluación de la siguiente información relacionada con el protocolo en referencia que se desarrolla bajo su dirección en Fundación Universitaria Sanitas.

- Listado de documentos sometidos: Radicado 1.035. Enmienda al protocolo.
Las modificaciones realizadas obedecen a un proceso de revisión y ajuste del alcance metodológico del estudio, con el propósito de garantizar la coherencia entre los objetivos planteados, los procedimientos desarrollados y el rigor exigido para investigaciones en el ámbito académico y sanitario. En este sentido, se identificó que es necesario ampliar el procedimiento inicialmente descrito en el protocolo para la realización de una fase de validación mediante juicio de expertos de la herramienta educativa que se aplicará, previa a la implementación o aplicación directa en población estudiantil de dicha herramienta que hará parte de una siguiente fase del proyecto, modificando por lo tanto el cronograma establecido inicialmente.

Concepto CEI: Aprobado

El Comité de Ética en Investigación, tras revisar y evaluar en sesión el radicado 1.035, ha decidido aprobar por consenso la enmienda y los cambios en el consentimiento informado. Consideraciones sobre el Consentimiento Informado:

- Debido a los cambios realizados, el Comité firma y sella nuevamente este documento para su posterior entrega a través de la plataforma.
- Se recuerda que esta versión actualizada es la única autorizada para llevar a cabo el proceso de consentimiento con los participantes.

El Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas está conformado por doce (12) miembros principales y cuatro (04) miembros suplentes y se requiere la presencia de siete (07) de ellos para cumplir con el quorum. (asistieron: 10).

En el análisis y evaluación del protocolo participaron los siguientes miembros del Comité de Ética en Investigación, y se certifica que ninguno de ellos presenta conflictos de interés con respecto al estudio en referencia

Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas

Calle 23 # 66-46 Sede Salitre – Teléfono: 5895377 Ext: 5719901

E-mail: comiteetica@unisanitas.edu.co

Bogotá D. C, Colombia



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Eduardo Low Padilla	Presidente	Profesional del área de ciencias de la salud con formación en Farmacología Clínica
Miryam Consuelo Neira Corredor	Miembro Deliberativo	Profesional del área de ciencias de la salud con formación de posgrado en Bioética.
Ingrid Milena Rodríguez Bedoya	Secretaria Ejecutiva	Profesional del área de ciencias de la salud con formación en Epidemiología.
Giovanna De Silvestri Torres	Miembro Deliberativo	Representante de la comunidad con formación en control de calidad y auditoría de calidad.
Sofía Muñoz Medina	Miembro Deliberativo	Profesional del área de ciencias de la salud con formación en Epidemiología.
Betsy Valle Velasco	Miembro Deliberativo	Químico Farmacéutico
Andrea Juliana Uribe Rodríguez	Miembro Deliberativo	Profesional en Ciencias Económicas, Administrativas y Contables.
Wilson Alejandro Ramírez Romero	Miembro Deliberativo	Profesional en Ingeniería y Tecnologías
Angela Patricia Brijaldo Villamizar	Miembro Deliberativo	Profesional del área de ciencias de la salud con formación en Biología Molecular y Biotecnología.
John Alejandro Hendes Cabrera	Miembro suplente	Profesional del área de Ciencias Humanas y Sociales con formación en Derecho

El Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas declara que el desarrollo de sus actividades se rige bajo la normatividad vigente en temas relacionados con investigación en salud, (Ley Colombiana Resolución No 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, Resolución 2378 de 2008 del Ministerio de Protección Social, Ley 1581 de 2012 de protección de datos personales). Las Normas de Buenas Prácticas de Investigación Clínica (Good Clinical Practice-GCP), la Declaración de Helsinki, Finlandia octubre 2024 y la normativa Internacional vigente.

Cordialmente,

Eduardo Low Padilla
Presidente CEI
Comité de Ética en Investigación
Fundación Universitaria Sanitas

Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas

Calle 23 # 66-46 Sede Salitre – Teléfono: 5895377 Ext: 5719901

E-mail: comiteetica@unisanitas.edu.co

Bogotá D. C, Colombia



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

CEIFUS 2869-25

Bogotá D.C, 31 de octubre de 2025

Doctores:

Juliet Camila Hernández Leguizamón

Maira Katherine Cortes Tirado

Norma Pilar Romero Pastor

Claudia Tatiana López Tavera

Investigador Principal

Bogotá

Ref: Concepto ético de la solicitud vinculada al protocolo (142-25 UNV) Entrenamiento en comunicación de malas noticias: implementación de la herramienta educativa en estudiantes de pregrado del área de psicología y medicina que pasan a prácticas profesionales.

Doctores

El día 21/10/2025, en la sesión registrada en el acta No. 041-25, se reunió el Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas, donde se deja constancia de la recepción del comunicado de 26/08/2025 y evaluación de la siguiente información relacionada con el protocolo en referencia que se desarrolla bajo su dirección en Fundación Universitaria Sanitas.

- Listado de documentos sometidos: Evaluación inicial del protocolo.

Concepto CEI: Aprobado

Se revisa en sesión según los criterios institucionales establecidos y dado que el proyecto no compromete la seguridad, bienestar y respeta los derechos del participante de investigación, se decide aprobar por consenso este protocolo.

Se informa que, como parte de las responsabilidades del Investigador Principal durante el desarrollo de una investigación, es de cumplimiento obligatorio llevar a cabo las siguientes actividades:

- El documento de consentimiento informado aprobado para la aplicación en este estudio se firma y sella por el Comité de Ética, y posteriormente se carga junto con el comunicado de aprobación en la plataforma. Se solicita tener presente que este es el único documento autorizado para realizar el proceso de consentimiento informado con los participantes.
- Al concluir el estudio, es obligatorio someter al Comité de Ética un informe final o resumen de los resultados de la investigación. Agradecemos su atención y compromiso para garantizar el cumplimiento de estas actividades conforme a los procedimientos establecidos.

El Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas está conformado por once (11) miembros principales y tres (03) miembros suplentes y se requiere la presencia de siete (07) de ellos para cumplir con el quorum. (asistieron: 9).

En el análisis y evaluación del protocolo participaron los siguientes miembros del Comité de Ética en Investigación, y se certifica que ninguno de ellos presenta conflictos de interés con respecto al estudio en referencia.

Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas

Calle 23 # 66-46 Sede Salitre – Teléfono: 5895377 Ext: 5719901

E-mail: comiteetica@unisanitas.edu.co

Bogotá D. C, Colombia



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Eduardo Low Padilla	Presidente	Profesional del área de ciencias de la salud con formación en Farmacología Clínica
Miryam Consuelo Neira Corredor	Miembro Deliberativo	Profesional del área de ciencias de la salud con formación de posgrado en Bioética.
Ingrid Milena Rodríguez Bedoya	Secretaria Ejecutiva	Profesional del área de ciencias de la salud con formación en Epidemiología.
Giovanna De Silvestri Torres	Miembro Deliberativo	Representante de la comunidad con formación en control de calidad y auditoria de calidad.
Sofía Muñoz Medina	Miembro Deliberativo	Profesional del área de ciencias de la salud con formación en Epidemiología.
Betsy Valle Velasco	Miembro Deliberativo	Químico Farmacéutico
Iván Mauricio Páez Sierra	Miembro Deliberativo	Profesional del área de Ciencias Humanas y Sociales con formación en Derecho
David Alberto Rincón Valenzuela	Miembro Deliberativo	Profesional del área de Ciencias de la Salud con formación en Epidemiología
Andrea Juliana Uribe Rodríguez	Miembro Deliberativo	Profesional en Ciencias Económicas, Administrativas y Contables.

El Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas declara que el desarrollo de sus actividades se rige bajo la normatividad vigente en temas relacionados con investigación en salud, (Ley Colombiana Resolución No 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, Resolución 2378 de 2008 del Ministerio de Protección Social, Ley 1581 de 2012 de protección de datos personales). Las Normas de Buenas Prácticas de Investigación Clínica (Good Clinical Practice-GCP), la Declaración de Helsinki, Finlandia octubre 2024 y la normativa Internacional vigente.

Cordialmente,

Eduardo Low Padilla
Presidente CEI
Comité de Ética en Investigación
Fundación Universitaria Sanitas

Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas
Calle 23 # 66-46 Sede Salitre – Teléfono: 5895377 Ext: 5719901
E-mail: comiteetica@unisanitas.edu.co
Bogotá D. C, Colombia

