

Revista interdisciplinar
de Ciencias de
la Comunicación
y Humanidades

omunicación
y **h**ombre

Artículo extraído del número 10 de *Comunicación y Hombre*

NOVIEMBRE 2014

10

INVESTIGACIÓN

El problema de la comunicación del diagnóstico en medicina

GARCÍA ARROYO, José Manuel
(Universidad de Sevilla)

DOMÍNGUEZ LÓPEZ, María Luisa
(Universidad de Sevilla)



Universidad
Francisco de
Vitoria

UFV Madrid

José Manuel García-Arroyo

jmgarroyo@us.es

María Luisa Domínguez-López

luysa.dl@gmail.com

Universidad de Sevilla
Sevilla (España)

RECIBIDO / RECEIVED

8 de octubre de 2013

ACEPTADO / ACCEPTED

17 de junio de 2014

PÁGINAS / PAGES

De la 95 a la 107

ISSN: 1885-365X

El problema de la comunicación del diagnóstico en medicina

The communication problem in medical diagnosis

En el momento presente ha surgido la necesidad de que los enfermos reciban una información clara sobre su patología, de ahí que nos hayamos planteado en este trabajo investigar sobre cómo el paciente incorpora subjetivamente el diagnóstico. Se trata para aquel de un proceso que no es nada fácil, sobre todo porque conlleva asumir algo que no es de su agrado y que puede cambiar su vida.

Para ello, hemos tomado una muestra de mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, que acudieron al Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Sevilla. Con ellas se ha realizado un estudio cualitativo consistente en una serie de entrevistas programadas en las que se recogen fielmente las distintas expresiones verbales sobre la enfermedad. De esta manera, pudimos conocer la experiencia particular sobre esta última y en concreto cómo se produjo la asimilación progresiva del diagnóstico.

Como resultado, ha sido completamente necesario separar tres tipos de diagnóstico: "médico", "comunicado" y "asimilado" y dos tipos de actuaciones bien definidas: una que pertenece al médico (la "traducción") y otra a la paciente (la "captación").

Finalmente, se comprueba cómo las mujeres estudiadas despliegan medios de contención de las tensiones emocionales derivadas del conocimiento del diagnóstico, pero estos mismos impiden la subjetivación.

PALABRAS CLAVE: Comunicación. Diagnóstico. Subjetividad. Relación médico-enfermo. Emociones.

The need that patients receive clear information about their disease has emerged in the present, hence we propose studying in this work how they get to integrate the diagnosis into their subjectivity. This process is not easy because that means to assume something unpleasant that could change her life.

We used a sample of women with breast cancer diagnosis and applied a qualitative methodology consisting in a number of interviews in which the verbal expressions about their illness has been accurately recorded. So, we were able to know the particular experience of these patients related to the way that the progressive assimilation of the disease diagnosis was possible.

Outcomes shows it is needed to differentiate three types of diagnosis: "medical" "communicated" and "assimilated" and two kind of well definite actions: that of the doctor: "the translation", and that of the patient: "the grasp".

Finally, it is shown how the women studied deploy containment measures of emotional tension derived from knowledge of the diagnosis, which are those impeding the subjectivation.

KEY WORDS: Communication. Diagnosis. Subjectivity. Doctor-patient relationship. Emotions.

1. Introducción

Sabemos que tradicionalmente los médicos han ocultado la verdad a sus pacientes (Sánchez, 1998), una postura basada en la antigua idea de que son aquellos quiénes deben tomar las decisiones por estos últimos, sin discutirlos siquiera y debiendo acatarlas como si de mandatos se tratase. Sin embargo, hoy en día ha surgido la necesidad de que el enfermo tenga una información veraz sobre su proceso, dado que tiene que prestar Consentimiento Informado para las pruebas e intervenciones que se le realicen y participar activamente en el tratamiento, colaborando así en la lucha contra la enfermedad.

Ciertamente, los pacientes intervienen cada vez más en la toma de decisiones (Kassirer, 1994), una postura que se sustenta en las novedosas aportaciones de la Psicología Médica (Alonso, 1989; Ridruejo et al, 1997; Ortega, 1993), la Psicología de la Salud (Rodríguez, 2001; Marks, 2008; Morrison, 2008; Morales, 1999) y la Psicooncología (García Camba, 1999; Die, 2003). Estas disciplinas entienden la enfermedad no solo como un acontecer biológico, sino como un proceso en el que hay que incluir a la persona que la padece quién con sus hábitos, comportamientos, prejuicios, costumbres y creencias facilita o dificulta la curación. En este cambio hay que considerar, además, el desplazamiento del médico del lugar de autoridad, un fenómeno que se sustenta en el cambio desde el modelo “paternalista” tradicional, al “contractual” moderno (Gómez, 2006) y que produce como resultado que las decisiones sean compartidas.

Ello ha supuesto un gran avance dentro de la atención en salud y lógicamente ha originado el desarrollo de una serie de competencias comunicativas. Aunque se trata de un asunto que puede estudiarse desde el punto de vista del médico, centrado en las malas noticias y en cómo darlas (Gómez, 2006), hemos optado por dedicarnos a la parte del enfermo, aspecto menos conocido pero de enorme importancia dado que su conocimiento derivará en actuaciones médicas más comprensivas y eficaces. En esta línea, vamos a tener en cuenta los procesos comunicativos y psicológicos del enfermo cuando sufre el impacto del diagnóstico, sobre todo si este informa de una patología que compromete seriamente su salud, y qué aspectos personales se movilizan.

Un diagnóstico consiste en un enunciado emitido por un profesional de la medicina autorizado, que posee las siguientes características: a) el referente es una alteración existente en el organismo, b) se sustenta en una serie de pruebas cuya validez se halla demostrada y c) cuando es conocido por el paciente, se desencadenan en él una serie de reacciones emocionales debido a las implicaciones que puede tener en su vida (García Arroyo, 2011). La finalidad última del diagnóstico consiste en que el enfermo adquiera un saber acerca del daño existente en su cuerpo (“fase de conocimiento o cognitiva”) para que, en segunda instancia, se movilice buscando los remedios oportunos presentados por el facultativo (“fase de acción o de praxis”) (García Arroyo, 2011). Si sigue este camino, va a conseguir la desaparición de la afección y la vuelta al estado de salud o, por lo menos, la mejoría clínica debida a la detención de su avance.

Pero, este proceso que parece sencillo en realidad no lo es debido a que el diagnóstico es algo no deseado pues no solo va a implicar al organismo, sino que va a provocar modificaciones en el estilo de vida de la persona afectada, al requerir una serie de comportamientos nuevos: visitas médicas, realización de pruebas, pérdidas económicas, ingresos hospitala-

rios, etc. Cualquiera de ellos va a desencadenar notables resistencias en cuanto a su admisión, de ahí que tengamos que entender el diagnóstico como un proceso de asimilación progresiva y dificultosa.

Sobre esta base, planteamos en el presente trabajo los siguientes objetivos: 1º) estudiar las dificultades que entraña la comunicación del diagnóstico en medicina, tanto del lado del médico como del paciente, 2º) entender el diagnóstico no como una simple etiqueta que se coloca a alguien, sino como un proceso de “asimilación progresiva”, 3º) comprender que, esta última va a depender de la persona implicada, pues el diagnóstico provoca en ella tensiones emocionales considerables que le impiden recibir correctamente el mensaje del médico, 4º) definir algunas actuaciones de este último para facilitar la comprensión y asimilación y 5º) al tratarse de un proceso en movimiento, se van a separar distintas etapas en el proceso.

Para lograr estos objetivos, acudimos a las investigaciones que estamos realizando actualmente en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Sevilla con mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, el tumor maligno más común en la población femenina y el más curable debido a la eficacia de los medios de detección (Wald et al,1993; Kerlikowske et al,1996). Con ellas hemos tratado el “proceso de subjetivación” del diagnóstico, lo que quiere decir que nos centraremos en la experiencia relacional y subjetiva de la mujer cuando recibe la noticia. El estudio realizado puede tener utilidad para cualquiera que desee conocer las dificultades de la comunicación en el ámbito de la medicina y, en particular, para los profesionales sanitarios que con frecuencia se ven envueltos en la transmisión de “malas noticias”. A estos últimos les conviene saber que no todo lo que se le dice a un paciente es comprendido y/o asimilado de forma inmediata, sino que se trata de un fenómeno dinámico en el que se dan avances y retrocesos y tensiones emocionales de envergadura, junto a los medios para contrarrestarlas.

2. Material y método

Hemos tomado como material un conjunto de mujeres diagnosticadas de cáncer de mama (total: 46), pertenecientes a la Asociación Andaluza de Mujeres Mastectomizadas (AMA-MA) que acudieron voluntariamente al Departamento de Psiquiatría para participar en nuestro estudio. En todos los casos conocían el diagnóstico; se ha visto que las afectadas por cáncer de mama son los pacientes oncológicos que con más frecuencia saben su diagnóstico (Gómez, 2006). Con todas ellas se han cumplido las reglas requeridas para cualquier investigación, a saber: veracidad, confidencialidad y consentimiento.

El método consiste en una serie de entrevistas programadas en las que se ha recogido fielmente sus expresiones verbales. En tal caso, la acción del investigador consiste en facilitar la libre expresión de las pacientes, facilitando la obtención de un relato pormenorizado sobre cómo vivencian su patología en distintos momentos. Al mismo tiempo, para que este registro se realice con el máximo rigor, el observador tiene que encontrarse en una actitud de escucha atenta a cuando manifiesten y, para lograrlo, debe dejar de lado todo aquello que no sea pertinente a la propia escucha y pueda perturbar el registro (p. ej. teorías psicológicas, creencias personales, preocupaciones, referencias al organismo, juicios de valor, etc), una actitud metodológica que hemos denominado “descontaminante” (García Arroyo, 2010).

Se consigue así un material espontáneo o no influido por el observador que refleja fielmente qué está sucediendo en su interioridad. Mas la experiencia que estudiamos es compleja, lo que indica que se halla formada por numerosos componentes psicológicos, de ahí que el proceder sea necesariamente la descomposición en distintos elementos (análisis);

esto es factible, dado el gran número de enunciados obtenidos donde cada uno de ellos descubre una faceta particular del problema. No obstante, en el procesamiento del material verbal hemos de tener en cuenta una serie de salvedades:

1º) Contamos con expresiones que habitualmente no suelen presentarse fuera del consultorio, debido a que las pacientes muestran una censura de las mismas por razones diversas (p. ej. no preocupar a la familia, mantener una imagen de fortaleza, evitar el rechazo, no sentirse débiles, etc). Dado que las entrevistas suponen un contexto no-crítico e imparcial, las afectadas pueden mostrarse espontáneamente y sin las trabas de las censuras sociales

2º) Los enunciados que dan cuenta del sufrimiento, los más importantes de cara a la investigación, no aparecen cuando nosotros queremos sino que se muestran aleatoriamente. Dado que la investigación no es una confesión forzada, hay que tener la debida paciencia para que las expresiones verbales sobre el drama secreto y oculto que viven emerjan. De ahí que haya que identificar dos tipos de enunciados (García Arroyo, 2010): a) los que no sirven para la investigación o “enunciados inútiles” (“tipo II”), que tratan sobre asuntos baladíes (p. ej. causar buena impresión) y b) los que expresan el dolor que sienten o “enunciados útiles” (“tipo I”).

3º) Se constata que, a medida que avanza el proceso, las afectadas van enriqueciéndose con material verbal, en cuyo caso el análisis que realizan de sus experiencias se hace cada vez más fino y la comunicación de las mismas más fluida. Esto se debe a que el lenguaje posee la particularidad de poder nombrar las vivencias y al hacerlo, las explica, ordena y clarifica. Miller (2003) denomina a este proceso “significatización”, ya que se van asignando nombres (o significantes) a las distintas experiencias con lo que se logra una mentalización de las mismas.

4º) Las pacientes lograron recordar numerosas circunstancias y detalles de los diferentes instantes por los que transitaron. Trátase de aspectos de la experiencia global que se hallaban aparentemente olvidados, pero que en realidad no era así dada la viveza con que se mostraron al presentarse en la entrevista.

Para finalizar este apartado conviene hacer dos importantes aclaraciones:

a) No se debe confundir “subjetividad” con “subjetivismo”. La primera de ellas alude a un “espacio interior” sin dimensiones físicas donde representamos el mundo, a nosotros mismos y a los demás y donde conservamos las experiencias pasadas y elaboramos nuestros propios pensamientos. En cambio, “subjetivismo” se asimila a “perspectivismo”, lo que significa tratar un asunto determinado desde un punto de vista muy particular dependiendo de las creencias de un individuo.

Sistemáticamente la “subjetividad” ha sido relegada del ámbito de la medicina, buscando una supuesta “objetividad”. Pero, lo que pretendemos con nuestras investigaciones (García Arroyo, 2011) es hacer materia científica de la subjetividad, es decir procurar hacer un estudio objetivo de la experiencia íntima del paciente; evidentemente, estas indagaciones jamás pueden ser subjetivistas. Como hemos podido apreciar, la forma de objetivar la subjetividad es a través del lenguaje en su vertiente expresiva, dentro de las funciones que le asignó a éste el lingüista Roman Jakobson (Jacobson, 1985).

b) El estudio que planteamos es de naturaleza cualitativa, dado que la cuantificación no puede aplicarse a la “subjetividad”. Esto se debe a que las producciones mentales en sí

mismas no tienen una cualidad numérica (García Arroyo, 2001a , 2001b) y si se coloca una cantidad a un síntoma o comportamiento se trata de algo que no forma parte del paciente, quién jamás procede puntuando sus producciones psicológicas; se trata más bien de una inferencia añadida por el observador. Este último actúa comparando distintos pacientes entre sí e intenta, a partir de ahí, alcanzar una supuesta “objetividad”. Por otro lado, cuando presentamos algún cuestionario o escala a los pacientes, nos perdemos la espontaneidad del discurso que es el que da cuenta de sus problemas.

3. Resultados

La comunicación del diagnóstico de cáncer de mama no es una tarea fácil para ninguno de los implicados en el proceso, sobre todo porque se sabe que va a movilizar la afectividad de la paciente debido, más que a la realidad de esta patología en el presente, a los fantasmas que se ponen en escena tras recibir la noticia. Pues bien, un diagnóstico de esta envergadura no puede ser asumido de forma inmediata por la receptora, sino que ingresa en un proceso conjunto de comunicación y de subjetivación, que hay que estudiar con detenimiento y que, según hemos comprobado, pasa por diferentes estadios que detallamos a continuación.

3.1. El “diagnóstico médico”

Se trata de un enunciado que contiene palabras propias del argot médico incomprensibles fuera de este contexto y que sirve exclusivamente para la comunicación entre los profesionales. En consecuencia, tiene poco efecto a la hora de lograr que la paciente adquiera un conocimiento y menos aún la puesta en marcha de las correspondientes acciones. Cuando el diagnóstico ha sido transmitido de esta forma, es común que las mujeres no se enteren de nada, tal como vemos a continuación:

- “A mí el médico me dijo que tenía un carcinoma ductal infiltrante y me quedé igual”.
- “No entendí ni una palabra de lo que me dijo y creo que se podría haber ahorrado conmigo toda esa palabrería”.
- “Salí igual que entré”.
- “Este hombre no sabe cómo entenderse con sus pacientes. Por lo que a mí respecta, no me enteré de nada”.

En estas frases queda reflejado el escaso efecto que tiene la utilización de palabras técnicas, pues a estas mujeres no le dicen absolutamente nada por ser intransmisibles fuera del contexto médico. La consecuencia es que no solo no comunican, sino que incluso pueden interrumpir la comunicación, como comprobamos en las siguientes frases:

- “Como no sabía de qué me estaba hablando y me sentía muy ignorante, solo tenía ganas de irme de allí”.
- “Lo que me retenía seguir escuchándole era la educación, porque de otro modo me hubiera levantado y me hubiese ido”.

Aún teniendo la implicada conocimientos médicos, estas expresiones no transmiten nada. Este es el caso de una de nuestras encuestadas, enfermera de profesión:

-“El Dr. G. L. me dijo que tenía un carcinoma ductal en la mama derecha, pero me pareció como me lo dijo una cosa muy fría y la verdad es que salí muy descontenta de la consulta. Yo a este hombre lo conocía y creí que iba a actuar conmigo de otra manera distinta, quizás más cercana”.

De lo expuesto se sigue, que el médico tiene que hacer algo con sus conocimientos técnicos para poder transmitirlos, requiriéndose un nuevo paso.

3.2. El “diagnóstico comunicado”

Para que el diagnóstico cumpla sus objetivos, las expresiones iniciales (“diagnóstico médico”) tienen que convertirse en enunciados con capacidad de transmisión, al que llamaremos “diagnóstico comunicado”; éste se caracteriza por apenas contener palabras técnicas para hacerlo asequible. Pensemos que la función básica de la comunicación humana consiste en transmitir una información desde un sujeto (emisor) a otro (receptor) y para lograrlo tienen que usar el mismo código, hablar la misma lengua y utilizar los mismos signos.

Esto implica necesariamente un proceso de “traducción” desde el lenguaje técnico al coloquial o cotidiano y, gracias a esta acción, la paciente puede comprender lo que va implícito en el juicio diagnóstico y obtener la correspondiente información. La prueba de ello es que se produce como efecto una reacción afectiva intensa que pertenece al terreno de las emociones (García Arroyo, 2011), basta con mostrar algunas de las numerosas frases que pronuncian en la consulta:

-“El especialista después de mirar el contenido del sobre me dijo: tienes en tu mama derecha un bulto que no es bueno y tenemos que operarlo. En ese momento me quedé conmovida”.

-“Vi como trataba de explicarlo lo más asequible a una persona que no sabe nada del asunto. Recuerdo que, cuando me lo dijo, lloré muchísimo”.

-“Me quedé sin habla cuando me dio la noticia y días después seguí trastornada. No podía pensar con claridad”.

-“Se me vino el alma al suelo, rompí a llorar y todo parecía dar vueltas a mi alrededor”.

Al mismo tiempo, para cumplir con el cometido informativo, el médico debe invitar a su paciente a iniciar un diálogo con él, permitiendo que le haga las preguntas que crea oportunas. Para conseguirlo, debe facilitar la creación de un clima afectivo en el que la mujer se sienta cómoda y pueda abrirse. Esto puede realizarse adecuada o inadecuadamente:

-“Cuando me dio la noticia no supe como reaccionar, pero luego él me habló cálidamente y comprendí que quería ayudarme. Entonces me preguntó si lo había entendido y le dije que no demasiado bien y le hice algunas preguntas, que respondió y comprobé que tenía su apoyo”.

-“Noté que él necesitaba salir del paso cuanto antes, me dijo claramente lo que tenía y yo lo capté enseguida, pero después no le hice ninguna pregunta porque pensaba que lo iba a importunar”.

Es muy importante que el médico realice adecuadamente el paso del “d. médico” a “d. comunicado”, pues supone para la enferma la posibilidad de comenzar a afrontar el problema, ya que este proceso requiere previamente la comprensión. En efecto, un problema no puede resolverse si no se entiende, es decir, si no se sabe qué clase de cuestión está planteando, de ahí que en la consulta el médico deba asegurarse de que el paciente ha entendido.

Frecuentemente, se da la posibilidad de que el médico no haya transmitido adecuada-

mente la noticia, lo que supone que no ha sabido diferenciar bien entre el “d. médico” y el “d. comunicado” y ha utilizado en su acto enunciativo palabras demasiado técnicas. Pero, puede pensarse también que siendo este un momento bastante complicado para el profesional de la medicina, ha puesto en marcha medios para reducir o suprimir la tensión (emocional) que la propia situación le genera, intentando salir del paso lo más airoso posible. Estas maniobras (defensivas) pueden ser variopintas y, aunque existen muchas que son bastante comunes, dependen en última instancia de la personalidad del médico; ejemplos notables de ello son: intelectualizar en exceso, actuar de modo frío y distante, justificarse, realizar la acción lo más rápido posible no dando espacio al diálogo e intentando escapar de la misma, dar esperanzas poco realistas, etc. Algunos autores se han pronunciado sobre el temor del médico a las emociones en la comunicación de “malas noticias” (Fallowfield et al, 2004).

La transmisión del diagnóstico puede fallar, además, porque la paciente no ha entendido el “d. comunicado” a pesar de haber sido bien planteado; este suceso tiene lugar sobre todo si la mujer se encuentra bajo el influjo de las emociones:

-“Estaba tan nerviosa que no pude entender lo que decía”.

-“Muy mal tendría que estar en ese momento que cuando salí mi hermana me preguntó si sabía lo que me había dicho y no supe responderle”.

-“Entré nerviosa y salí igual, de manera que no me enteré de nada”.

De ahí que algunos médicos aconsejen a sus pacientes que acudan a la consulta acompañadas de un familiar o persona cercana, sobre todo cuando tienen que transmitir alguna noticia o tomar alguna decisión importante.

Es posible también el hecho de que la paciente no se atreva a preguntar por temor a molestar al médico:

-“Veía la sala de espera completamente llena cada vez que iba a la consulta y me daba mucha pena de ese hombre y de lo que trabajaba, por eso yo no quería importunarlo con mis tonterías”.

-“No quería molestarlo preguntándole cosas que no venían al caso, aunque a mí sí me importaba saber lo que él pensaba”.

Puede suceder también que, desde estos tempranos momentos, la afectada haya comenzado a desplegar mecanismos de no aceptación del problema, de ahí que tengamos que proponer un nuevo paso, dado que para asumir el diagnóstico no basta con la mera comprensión.

3.3. El “diagnóstico asimilado”

Evidentemente, no todo “d. comunicado” es incorporado por la persona que consulta, de ahí se necesite un paso más y que tengamos que hablar de “d. asimilado”. Por lo que hemos podido comprobar, la aprehensión del diagnóstico implica dos fenómenos: a) entender lo que el médico transmite una vez éste lo formuló eligiendo las palabras apropiadas y b) la subjetivación del mismo, lo que supone hacer realidad en la propia persona aquello de lo que el diagnóstico informa y la prueba de este efecto es que se producen manifestaciones afectivas en la paciente.

Evidentemente, no todo enunciado comunicado tiene por qué ser asimilado, lo que se debe a la distancia entre el enunciado y la implicación de la persona en su contenido. En

cambio, un enunciado diagnóstico tiene ambas características pues, una vez asumido, produce cambios de envergadura en ciertas condiciones importantes de la vida de alguien. Dicho con otras palabras, un diagnóstico (una vez asumido) trae al mundo una presencia antes inexistente, cuya naturaleza es displacentera debido a que de alguna manera encadena a un suceso corporal y, como consecuencia, a una institución, a un profesional, a un equipo médico, etc.

Este fenómeno de asimilación corre paralelo a una serie de preguntas de confirmación; se trata de cuestionamientos que no son meramente informativos, como sucedía en la etapa anterior y se contentaban con identificar el problema. Las preguntas de esta etapa tienen mucho más peso, ya que en ellas la persona se halla completamente envuelta y la prueba se encuentra en que todas ellas muestran un “aura afectiva”, es decir, se acompañan de importantes manifestaciones afectivas. Veamos lo que dicen:

- “¿Quiere decir que tengo algo malo? ¿no?”.
- “¿No hay otro remedio, da igual cuál, que no sea pasar por el quirófano?”.
- “¿Qué posibilidades tengo de sobrevivir?”.
- “Entonces ¿puedo morirme?”.
- Sé que esto es grave, pero ¿tengo cura?

De lo expuesto se sigue que hay que diferenciar entre “comunicación” y “subjetivación”. En el primer caso, hablamos de transmitir una información a alguien y, para que sea eficaz, el requisito es que tiene que ser captada. En el segundo, no solo tiene en su poder tal o cuál saber sino que éste queda incorporado, viéndose entonces la persona alcanzada de algún modo por dicha información; quiere decir que su conocimiento, su sentir o sus comportamientos van a verse comprometidos por el nuevo contenido.

La falta de incorporación del diagnóstico tiene que ver con aspectos de la propia paciente, siendo proporcional a su capacidad de aceptar/asumir ciertas realidades inherentes a la vida humana y de las posibilidades que posee de elaboración de las mismas. Cuando la paciente no asimila el diagnóstico probablemente se estén produciendo operaciones defensivas tendentes a disminuir o liquidar las tensiones desencadenadas y que interceptan el proceso de subjetivación. Su función consiste en mantener dentro de límites tolerables el malestar provocado por las emociones, permitiéndole seguir con una vida de apariencia normal. Estas manifestaciones contrarias a la subjetivación, pueden aparecer desde el primer momento en que se descubre la tumoración, pero ahora muestran un desarrollo muy particular. Vamos ahora a reconocer en las pacientes estas medidas:

a) Restar importancia (“No hay de qué preocuparse, pensé, este es otro de mis bultos fibroquísticos. Creo que el médico se ha equivocado”; “Me decía a mí misma que el problema desparecería solo”).

b) Evadirse (“Tenía tantas tareas en mi casa que actuaba como si no pasara absolutamente nada”; “He pasado por diferentes periodos, recuerdo que hubo momentos de la enfermedad en los que me ponía a cantar y me sentía feliz, quizás como no había estado nunca”; “Me iba de compras y ya no me acordaba de nada, era fantástico”).

c) Buscar explicaciones razonables (“Esto va tan lento que, cuando dé la cara, ya habrá terapias mejores”, “Si fuera cáncer no haría las tareas de casa con tanta energía”).

d) Dar importancia a otros sucesos (“Yo trabajo en una tienda y creía que lo que me salió era

del esfuerzo”; *“Pensaba que lo que más me preocupaba a mí eran las notas de mi hija”*).

e) Buscar refugio en la fantasía (*“No sé cuántas veces he soñado despierta con que todo esto que he pasado era un mal sueño y que todo sería como antes”; “Me echaba en el sofá y llegaba a creerme que esto no había pasado en realidad”*).

f) Culpar a otros (*“Esto me lo han provocado ellos con tantas radiaciones”; “Los médicos te buscan lo que no tienes”; “Ellos han experimentado conmigo”*).

g) Hacerse más infantil (*“Le dije al especialista: yo me pongo en sus manos, que sé que usted me va a curar”; “Cuando llegué a mi casa pensé: yo no voy a hacer nada porque sé que quién me tiene que curar es el médico”*).

h) Negar la evidencia (*“A pesar de que me dijeron que era un tumor maligno, no te lo puedes creer; de hecho yo seguí como si tal cosa”; “Me habían explicado que era malo, pero me pasaba como a los niños con el Ratón Pérez: aún conociendo la verdad, seguía creyendo en fantasías”*).

i) Ilusión de control (*“Pensaba continuamente: ¿qué pasará ahora conmigo?”; “Era constante la preocupación por mis hijos: ¿qué será de mis hijos con lo que me necesitan?”; “Le daba vueltas a las mismas ideas: ¿qué tendré? ¿qué me dirán en la próxima cita? ¿qué me saldrá en las pruebas?...”*). En este último caso, se descubren pensamientos recurrentes en los que repiten mentalmente, hasta el agotamiento, cada una de las posibilidades que podrían darse y así, poniéndose en lo peor, si ello sucediera ya lo habrían pensado.

Cuando va desapareciendo la presión de estos mecanismos, la enfermedad empieza a asimilarse, pero en este proceso son comunes las manifestaciones afectivas, como es el caso de la rabia, la culpa, la vergüenza, la impotencia o la desvalorización. Se trata de efectos que pueden presentar un curso oscilante característico, que es directamente proporcional al grado de subjetivación y, a veces, puede llegar a tomar la forma de extremos. Son frecuentes entonces las posiciones contrapuestas, pasando de hallarse optimistas a pesimistas o de hablar a no hablar de la enfermedad:

-“Unas veces pensaba: esto es el fin. Mientras que otras eran pensamientos distintos: bueno, todo se cura hoy en día, y al momento me olvidaba de todo”.

-“Cuando no pensaba en eso, me encontraba fenomenal. Cuando pensaba en eso, estaba fatal”.

-“Es como si estuviera ausente y de pronto me viniera a la cabeza el pensamiento: esto no ha desaparecido, sigue, y entonces me preocupaba”.

-“Le dije a mi amiga íntima: igual me quitan el pecho, pero a la vez pensaba por dentro: esto a mí no me puede pasar”.

Se trata de una etapa normal en el proceso de subjetivación e implica que aquello que molesta y aterra se retira de la conciencia y vuelve a mostrarse cuando el recuerdo reaparece.

Hay que decir que los mecanismos aquí estudiados no tienen por qué ser patológicos, por lo tanto no hay que forzarlos para que se extingan; la actitud más propicia es dejar que fluyan espontáneamente. Nos encontramos aquí con el problema del “tiempo subjetivo”, que es el que cada paciente tarda en asumir el problema; esto queda plenamente justificado en las mujeres que hemos estudiado, en quienes puede comprobarse la extraordinaria variabilidad existente entre una persona y otra.

Cuando el diagnóstico se subjetiva se observa que las pacientes se refieren con más naturalidad a la enfermedad, sin la aparición de grandes manifestaciones emocionales:

-“A mí esto me ha costado muchísimo esfuerzo y ha sido muy duro, pero al final sé que tengo cáncer y estoy luchando todo lo que puedo”.

-“Creo que Dios me ha dado fuerzas y lo he conseguido. Creo que estoy mucho más consciente de lo que pasa y me he hecho cargo de este problema”.

De todas formas, no existe ningún punto “ideal” de elaboración ya que la desaparición completa de los mecanismos protectores es imposible, aunque sí pueden aparecer algunos que pueden considerarse más elaborados (p. ej. bromear). La consecuencia de una incorporación del diagnóstico se deja sentir en la movilización de la paciente en pro de su curación y en una mayor colaboración con el equipo que la atiende.

En las figuras 1 y 2 se pretende reflejar de modo claro los sucesos que se dan en el momento del diagnóstico, tal como han sido expuestos. Véase que hemos denominado “traducción” al paso entre “d. médico” y “d. comunicado” y “captación” al que se da entre “d. comunicado” y “d. asimilado” (tabla 3).

4. Conclusiones

En las líneas precedentes hemos abordado el asunto de la transmisión del diagnóstico por parte del médico y en la recepción del mismo por el enfermo, un tema de gran actualidad debido a su sustentación en dos pilares: a) existe una necesidad real de informar al paciente y b) la comunicación es un valor a desarrollar por el profesional de la medicina, lo que le conduce a estar más atento en la relación médico-enfermo. Esto ha llegado a tal punto, que en los actuales programas de formación médica se incluye una asignatura denominada “Comunicación Asistencial”.

Pero, la incorporación del diagnóstico por parte del enfermo, una vez el médico ha decidido informarle, es un fenómeno complicado debido a que se tiene que producir la subjetivación del problema. Estamos ante algo importante, pues supone la introducción del “sujeto” en una medicina hasta hace poco “acéfala”, basada meramente en cuestiones orgánicas (sintomáticas, pruebas, tratamientos, etc). Actuar así implica que el médico no es un simple técnico, sino que trata verdaderamente con personas.

Para realizar un estudio sobre la incorporación del diagnóstico y conseguir los objetivos que planteamos, hemos recurrido a mujeres que padecían cáncer de mama, con las que programamos una serie de entrevistas para recoger su discurso en relación a la enfermedad, extremando las precauciones para que el registro efectuado sea completamente fiel. Se intenta con ello captar la experiencia individual y concreta de cada mujer, un planteamiento inédito dado que cuando se suelen tratar los “aspectos psicológicos”, casi siempre se alude a la conducta o a las cogniciones e interponiendo algún medio a la libre expresión. Actuando así, registramos numerosos detalles de la experiencia por la que atravesaron, que se escapan en las consultas habituales. No obstante, hubo que tener paciencia en las entrevistas, ya que la mayor parte del material registrado no servía de mucho (“enunciados inútiles”). Del mismo modo, pensamos que no es posible aplicarle ninguna forma de medida a la experiencia subjetiva, dado que ésta no es cuantificable, como hemos demostrado en otros lugares (García Arroyo, 2007).

Como resultado, hemos tenido que separar tres tipos de diagnóstico: “médico”, “comunicado” y “asimilado”, que pueden entenderse también como modos progresivos de subjetiva-

vacación del mismo. El primero de ellos sirve para la comunicación entre profesionales pero no funciona para hacer esto mismo con el paciente. Muchas veces, este último no se entera de lo que le ocurre precisamente porque se utilizan palabras que no entiende, quedándose indiferente. Distintos estudios demuestran que la gran mayoría de reclamaciones recibidas en departamentos de gestión de quejas hospitalarias están relacionadas con la calidad de la información y menos con otros aspectos de la asistencia médica (Núñez et al, 2002).


De ahí que resulte obligatorio hablar del “d. comunicado” o material verbal comprensible para el enfermo, al no contener ninguna palabra técnica. La gran complejidad de la medicina actual, altamente tecnificada, requiere de los profesionales sanitarios un esfuerzo adicional para explicar los conceptos de una forma comprensible para el paciente y su familia (García Díaz, 2006); ello implica necesariamente un proceso de “traducción”, similar al de los idiomas, que permita obtener una información asequible. Si se realiza bien esta tarea, se produce la inevitable respuesta afectiva en los pacientes, mientras que el “d. médico” no provocaba tal fenómeno. Evidentemente, la traducción es libre dependiendo de las circunstancias: necesidad del paciente de saber, informar progresivamente, presión de los familiares, etc. Si este paso se realiza bien, estamos en el primer escalón para afrontar el problema, que necesita ser entendido.

Es posible que al médico le cueste trabajo realizar la “traducción” y en la literatura se señala lo frecuente que es el temor ante las eventuales repercusiones de la comunicación diagnóstica, como es el caso de despertar las emociones, creyéndose erróneamente que revelar la información provocará más daños que beneficios. De ahí que los oncólogos, especialistas que más se han ocupado del problema de la mejora de habilidades de comunicación, han realizado un protocolo en el que tienen muy en cuenta al paciente (Baile et al, 2000), lo que podría llevar a un mejor control de estas reacciones. Por otro lado, hay que tener presente que las emociones, al provocar un embotamiento del intelecto, pueden impedirle entender qué se le está diciendo a pesar de una expresión plenamente comprensible (García Arroyo, 2011).

Aún hemos de considerar un tercer paso: el relativo al “d. asimilado”, lo que nos lleva a cómo el paciente incorpora la noticia. Ahora quién ha de realizar un trabajo es este último pues tiene que hacer suyo el contenido diagnóstico, lo cuál no es nada fácil, pero si lo lleva a cabo correctamente se involucrará más en su enfermedad.

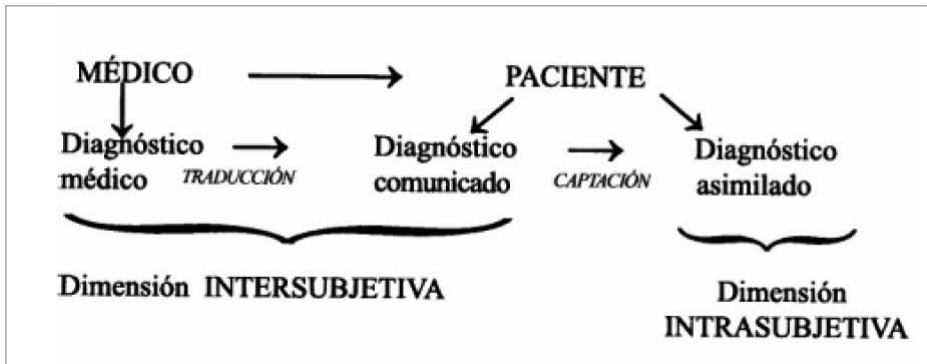
Cuando nos encontramos en esta última etapa, vemos cómo las enfermas estudiadas despliegan mecanismos que poseen la finalidad de no sentirse desbordadas por las emociones y así continuar con sus actividades cotidianas; incluso, estas últimas pueden servirles para evitar el dolor emocional. Pero, estas maniobras tienen un inconveniente: impiden la subjetivación del problema. Hemos identificado varias de ellas que resultan ser las más usadas (restar importancia, evasión, etc). Algunos autores piensan que este vasto conjunto funciona como “negación” de la enfermedad contenida en el enunciado diagnóstico (Weisman, 1979). Cuando estos mecanismos decaen en su función, es común que reaparezcan las manifestaciones afectivas.

Parece claro que cada paciente tiene su velocidad de elaboración y hay quién no tiene capacidad alguna para asumir el problema. Desde luego, en el terreno del cáncer de mama casi todos los autores están de acuerdo en que mientras más se involucre la mujer en la enfermedad, mejores resultados se obtendrán; esto se debe a que su participación activa la va a hacer sentirse menos víctima del tratamiento, pudiendo experimentar menos efectos colaterales o bien, si estos aparecieran, se vivirían con una menor intensidad (Link, 2008). Recordemos, a propósito, que en los años 70 el *Women's Health Movement* en Estados Unidos reclamó el derecho de los enfermos a ser informados y a participar en la toma de decisiones, con el apoyo de las asociaciones de mujeres con cáncer de mama (Iraburu, 2008).

La distinción que aquí hemos realizado puede servir para conocer un poco más la comunicación entre médico y paciente y, al primero de ellos, para adquirir una mayor sensibilidad en la transmisión de los diagnósticos, dado que es útil conocer en qué momento se encuentra el enfermo. Pensar el diagnóstico como una “travesía subjetivante” puede derivar en una escucha de más calidad, pero cuidado, porque la comunicación humana es muy engañosa y en ella se producen frecuentes trampas y malentendidos y no todo lo que el facultativo enuncia es comprendido punto por punto por su interlocutor, lo que casa bastante bien con aquello que dijo Michel Montaigne (1984): “La palabra es mitad de quién la dice y mitad de quién la escucha”. 

*** FIGURA 1: Los diferentes tipos de diagnósticos**

Diagnóstico médico	Diagnóstico comunicado	Diagnóstico asimilado
Palabras propias del argot médico	No contiene palabras médicas técnicas para hacerlo asequible.	Depende de la calidad de subjetivación de la paciente
Sirve para la comunicación entre profesionales de la medicina.	Paso del “d. comunicado” al “d. asimilado”.	Sirve para la comunicación de la paciente consigo misma (intrasubjetiva)
No hay preguntas	Preguntas informativas	Preguntas de confirmación y asimilación



*** FIGURA 3: Diferencias entre “traducción” y “captación”**

Traducción	Captación
Acto del médico.	Acto del paciente.
Paso del “d. médico” al “d. comunicado”.	Paso del “d. comunicado” al “d. asimilado”.
Transformación del lenguaje técnico en lenguaje común.	Transformación del lenguaje del médico al lenguaje interior.
Supone comprobar qué puedo transmitir y cómo.	Supone comprobar si se ha entendido y asimilado cuanto se le ha dicho.
Requiere elección de las palabras apropiadas.	Requiere realización de preguntas.

El problema de la comunicación del diagnóstico en medicina

José Manuel García-Arroyo y María Luisa Domínguez-López

Bibliografía / Bibliography

- ALONSO FERNÁNDEZ, Francisco. *Psicología Médica y Social*. Barcelona: Salvat (5ª ed.), 1989.
- BAILE,WF; BUCKMAN, R; LENZI, R; BEALE, EA; KUDELKA, AP. SPIKES. "A six-step protocol for delivering bad news. Applications to the patients with cancer". *THE ONCOLOGIST* 2000; n° 5, pp. 302-11.
- DIE TRIL, María. *Psico-oncología*. Madrid: Aula de Estudios Sanitarios, 2003.
- FALLOWFIELD, Lesley; JENKINS Valerie. "Communicating sad, bad, and difficult news in medicine". *LANCET* 2004, n° 363, pp. 312-9.
- GARCÍA ARROYO, José Manuel. "Lo cuantitativo y lo cualitativo en psicopatología: una aproximación desde la subjetividad (1ª parte)". *ANALES DE PSIQUIATRÍA* 2001a, Vol. 17, n° 7, pp. 319-24.
- GARCÍA ARROYO, José Manuel. "Lo cuantitativo y lo cualitativo en psicopatología: una aproximación desde la subjetividad (2ª parte)". *ANALES DE PSIQUIATRÍA* 2001b, Vol. 17, n° 7, pp. 325-32.
- GARCÍA ARROYO, José Manuel. "¿Es posible cuantificar la subjetividad?" *Psiquiatría. com*: Interpsiquis, 2007.
- GARCÍA ARROYO, José Manuel; DOMÍNGUEZ LÓPEZ, María Luisa. "¿Por dónde seguir investigando en Psicopatología?" *INFORMACIONES PSIQUIÁTRICAS* 2010, Vol. 199, n° 1, pp. 39-56.
- GARCÍA ARROYO, José Manuel. *El cáncer de mama (1): reacciones ante el diagnóstico*. Sevilla: Dis&capaz, 2011.
- GARCIA-CAMBA, Eduardo. *Manual de Psicooncología*. Madrid: Aula Médica, 1999.
- GARCÍA DÍAZ, Fernando. "Comunicando malas noticias en medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud". *MEDICINA INTENSIVA*, 2006, Vol. 30, n° 9.
- GÓMEZ SANCHO, Marcos. *Cómo dar las malas noticias en medicina (3ª ed.)*. Madrid: Aran Ediciones, 2006.
- IRABURU, Beatriz. *Cáncer de mama, claves y relatos*. Siddharth Mehta, 2008.
- JAKOBSON, Roman. *Ensayos de lingüística general*. Barcelona: Planeta, 1985.
- KASSIRER, JP. "Incorporation patients' preferences into medical decisions". *N Engl J Med* 1994, n° 330, pp. 1895-6.
- KERLIKOWSKE, K; GRADY, D; ERNSTER V. "Benefit of mammography screening in women ages 40-49 years. Current evidence from randomized controlled trials". *CANCER* 1996, Vol. 76, n° 9, pp. 1679-81.
- LINK, John. *Cáncer de mama y calidad de vida*. Barcelona: Robinbook, 2008.
- MARKS, David Francis. et al. *Psicología de la salud: teoría, investigación y práctica*. México: Manual Moderno, 2008.
- MILLER, Jacques-Alain. *La experiencia de lo real en la cura psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós, 2003.
- MONTAIGNE, Michael. *Ensayos*. Barcelona: Orbis, 1984.
- MORALES CALATAYUD, Francisco. *Introducción a la psicología de la salud*. Buenos Aires: Paidós, 1999.
- MORRISON, Val; BENNET, Paul. *Psicología de la Salud*. Madrid: Pearson Educación, 2008.
- NÚÑEZ, S; MARTÍN-MARTIN, AF; RODRÍGUEZ, J et al. "Identificación de problemas de calidad en la información clínica a usuarios de un servicio de urgencias hospitalario". *REV CLIN ESP*. 2002, n° 202, pp. 629-34.
- ORTEGA MONASTERIO, Leopoldo. *Lecciones de Psicología Médica*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias, 1993.
- RIDRUEJO ALONSO, Pedro; MEDINA LEÓN, Antonio; RUBIO SÁNCHEZ, José Luis. *Psicología Médica*. Madrid: Mc. Graw Hill Interamericana, 1997.
- RODRÍGUEZ MARÍN, Jesús. *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis, 2001.
- SÁNCHEZ GONZALEZ, Miguel Angel. *Historia, teoría y métodos de la medicina: introducción al pensamiento médico*. Madrid: Masson, 1998.
- WALD, N; CHAMBERLAIN, J; HACKSCHAW A. "A report of the European Society of Mastology. Breast Cancer Screening Evaluation Committee". *THE BREAST*, 1993, n° 2, pp. 209-16.
- WEISMAN, Avery D. *COPING WITH CANCER*. New York: Mc.Graw-Hill, 1979.



Universidad
Francisco de Vitoria
UFV Madrid

www.comunicacionyhombre.com

REVISTA CIENTÍFICA INTERNACIONAL INDEXADA EN:

BASES DE DATOS INTERNACIONALES SELECTIVAS

IEDCYT
EBSCO TOC Premier

PLATAFORMAS DE EVALUACIÓN DE REVISTAS

IN- RECS
MIAR
Latindex. Catálogo y directorio

DIRECTORIOS SELECTIVOS

ULRICH'S

OTRAS BASES DE DATOS BIBLIOGRÁFICAS

DIALNET
UNErevistas
Jaume I
CIRC

HEMEROTECAS SELECTIVAS

Redalyc

PORTALES ESPECIALIZADOS

Red iberoamericana de revistas
de Comunicación y Cultura
Comserbatorio.com
Portal de la Comunicación
Universia

BUSCADORES DE LITERATURA CIENTÍFICA OPEN ACCESS

DOAJ
Dulcinea
E- REVISTAS
La criée
Google Académico
Google Books

CATÁLOGOS DE BIBLIOTECAS

REBIUN
New Jour
ZBD
WORLD CAT
COMPLUDOC
COPAC
CISNE

2014