

La comunicación en la relación médico-paciente: perspectiva del paciente oncológico

Communication in physician-patient relationship: a cancer patient's perspective

García-Cerón MÁE,¹ Alvarado-Aguilar S.²

▷ RESUMEN

La comunicación médico-paciente es un fenómeno complejo en el que intervienen tres clases de variables: contextuales, del proceso y resultados en el paciente. En particular el escenario oncológico constituye un entorno ansiógeno para este proceso de comunicación; el estudio de este campo, específicamente desde el punto de vista del paciente, surge a raíz de las discrepancias en las experiencias del encuentro médico entre quien proporciona el servicio de salud y quien lo recibe, resaltando la importancia e implicaciones de dicha perspectiva. Tres cuestiones guían la organización del trabajo: las expectativas, percepciones y emociones del paciente entorno a la consulta oncológica; se comentan factores individuales predictores de la percepción, resaltando puntos relevantes y esbozando algunos contenidos prácticos.

Palabras clave: comunicación, relación médico-paciente, paciente oncológico, perspectiva.

▷ ABSTRACT

The doctor-patient communication is a complex process which includes three variables: context, the process of communication and outcomes in patients' health. Particularly, the oncology setting is so anxious to patient, the research in this area, the point of view of patient, emerge because the disagreements between the doctors' and oncological patients' reports. Three issues guide organization of the review: expectations/preferences, perceptions, and emotions of patient evoked by consultation with oncologist. Predictors of patient perception also are summarized, mentioned key points in the process of communication and some practice implications.

Key words: communication, doctor-patient relation, oncological patient, perspective.

1 Medicina Conductual. Facultad de Psicología, UNAM. 2 Servicio de Psicooncología. Instituto Nacional de Cancerología, México.

Correspondencia: Mtra. en Psic. Ma. de los Ángeles Edith García Cerón. Norte 88 No. 4736, Col. Nueva Tenochtitlán, C.P. 07890. México, D.F. Correo electrónico: angie_edith@correo.unam.mx

▷ INTRODUCCIÓN

El estudio de la comunicación es un amplio campo y su análisis en los contextos de cuidado de la salud posee una rica historia de investigación.¹ En un estudio realizado en México sobre las quejas de los pacientes en la atención médica,² se señala que, gran parte de ellas son recibidas por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), subyace un problema de relación médico-paciente.

En el esfuerzo por entender esta relación, Ong, Haes, Hoss y Lammes,³ señalan tres elementos que interactúan:

- *Variables contextuales:* incluyen la cultura, los tipos de pacientes y clínicos, y las características de la enfermedad.
- *Variables del proceso:* aquellas que ocurren dentro del encuentro, que comprenden los tipos de comunicación.
- *Resultados en el paciente:* aspectos posteriores a la consulta que se ven influidos por los componentes anteriores, entre ellos están la satisfacción, adherencia, enfrentamiento, calidad de vida y morbilidad psiquiátrica.

La comunicación requiere respeto y confianza mutua, así como fuertes herramientas de atención; es definida frecuentemente como “dar a conocer”, pero de acuerdo a su derivación latina *communis* significa “en común, compartir”. La buena comunicación mejora la precisión del diagnóstico, el manejo de decisiones y reduce las investigaciones innecesarias y tratamientos inapropiados.⁴

La comunicación entre médicos y pacientes es un fenómeno que reúne dos individuos en posiciones desiguales, con frecuencia no es voluntaria, comprende asuntos de vital importancia, es abrumadora emocionalmente y requiere de una cercana cooperación.³ Asimismo, se vincula a elementos culturales; en este marco, Kim, Kingle, Sharkey, Park, Smith y Cai,⁵ proponen que la gente de culturas individualistas tienden a un estilo de comunicación más directo y asertivo; mientras que personas pertenecientes a culturas colectivistas, como nuestro país, muestran un estilo indirecto, respeto por la autoridad y adaptación a los otros.

La elección del estilo de comunicación dará la pauta para incentivar la confianza, transmitir seguridad, lograr que el paciente sea más participativo durante la consulta y desarrollar lazos terapéuticos significativos que involucren y ofrecen control al paciente para que tome parte activa en su proceso de salud.⁶⁻⁹ El paciente oncológico,

en particular, constituye un área importante de investigación, su relación con la comunicación es el tópico de interés en este trabajo.

▷ EL ESCENARIO ONCOLÓGICO

El diagnóstico de cáncer constituye un desafío para los pacientes, que incluye, preocupaciones existenciales, temor a las pruebas y tratamientos, efectos secundarios problemáticos, dificultades en el ajuste a los cambios físicos, la ruptura social y preocupaciones financieras.

La investigación en la comunicación entre el médico y el paciente con cáncer ha crecido durante las pasadas dos décadas, dicha relación tiene un matiz particular; forja una conexión íntima dada en dos dimensiones: el tiempo prolongado y la naturaleza de la enfermedad; implica responder a las reacciones emocionales de los pacientes, incluirlos en la toma de decisiones, tratar con el estrés creado por sus expectativas de curación de los pacientes, la inclusión de los miembros de la familia, y el dar esperanza realista aun cuando la situación es sombría.¹⁰ La impresión que suele dar el entorno y el profesional en el marco oncológico es de tal gravedad y amenaza, que genera niveles altos de ansiedad, los cuales generalmente bloquean la comunicación y pueden afectar el proceso de adaptación del paciente.

No es una sorpresa que la gente tienda a preferir médicos que además de poseer conocimientos sean también amables y cuidadosos. La investigación ha demostrado que las primeras impresiones generan esquemas perceptivos que son difíciles de modificar; así, la disposición y el comportamiento en la interacción del médico en las “primeras visitas” de una consulta de oncología, puede tener efectos importantes en la idea que se forme el enfermo acerca de cómo va a ser el tipo de relación con su médico,¹¹ y guiarlo en determinada trayectoria de enfrentamiento.¹²

▷ PERCEPCIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

El paciente continuamente está manifestando y deseando cualquier tipo de comunicación, independientemente de su estado de gravedad, precisamente porque la comunicación se asocia a esperanza, seguridad y protección; cuando el paciente siente confianza con su médico, percibe que alguien importante se ocupa de él, le supone recuperar la dignidad como persona.¹³ Doyle,¹⁴ resume lo anterior en la siguiente frase: “*Existe sólo una regla para comunicarse con los enfermos: responder con afecto y respeto, claridad y dignidad al contacto físico y al acompañamiento humano, como nos gustaría que otras personas lo hicieran con nosotros.*”

El marco legal ha enfatizado la importancia de la comunicación efectiva con el paciente, los artículos 29 y 30 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica establece:¹⁵ “El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad.”

Ya en la práctica clínica, los participantes en la interacción médica aprecian la información subjetivamente como buena, neutral o mala, por ejemplo, un ensayo clínico puede ser tomado como una opción optimista o provocar una sensación de ser utilizado para experimentar.¹⁶ Encontramos dos construcciones complementarias o divergentes de la enfermedad: la del paciente y sus familiares *vs.* la del oncólogo; el paciente sufre una visión arraigada en su contexto cultural, interpreta su enfermedad y participa en su cuidado bajo sus expectativas, creencias y representaciones sociales, mientras el oncólogo intenta reconstruir esta experiencia para moderarla;¹⁷ el riesgo genético es para los profesionales un concepto basado en la probabilidad y en modelos matemáticos, mientras que para el paciente está asociado a miedo, amenaza, preocupación, intranquilidad, sufrimiento, incertidumbre y un estado permanente de alerta.¹⁸

El entrenamiento para el equipo médico sobre cómo informar las malas noticias, está generalmente basado en la evidencia empírica y en la opinión de expertos,¹⁹ y aunque ningún método puede satisfacer por completo la experiencia del día a día del paciente con su médico, lo que percibe el paciente es un punto clave. En un estudio de las relaciones entre los comportamientos centrados en el paciente y sus resultados, Stewart²⁰ dice que cuando el paciente percibía que tenía puntos en común con su médico, los resultados mejoraban (igual que la satisfacción, menor preocupación sobre la enfermedad y menos peticiones de una segunda opinión). Sin embargo, no había relación entre los comportamientos codificados por observadores externos y los resultados en la salud del paciente. Este descubrimiento apoya las afirmaciones de Street,²¹ de que la experiencia del paciente puede proporcionar una medida más útil y relevante de la calidad de la relación médico-paciente, que los esquemas codificados basados en el observador.

Desde esta perspectiva, se presentan a continuación aspectos cognitivos y emocionales que el paciente oncológico exhibe en el encuentro médico.

▷ QUÉ PIDE EL PACIENTE: EXPECTATIVAS Y PREFERENCIAS

La percepción que el paciente tiene de la consulta médica, se ve afectada por sus expectativas, las cuales estarán en función de sus creencias y necesidades de control; aunque no debe olvidarse que éstas se irán modificando en el curso de la enfermedad.²²

Los pacientes en el escenario oncológico buscan un alto grado de involucramiento, esta característica se acompaña del incremento en las expectativas que se depositan en el médico respecto a su preparación técnica, particularmente sobre el control del dolor y el uso de la quimioterapia,²³ a ser informado por él, a que dedicara tiempo en escucharlo y proporcionarle algún tipo de apoyo emocional.²² En contraste, los médicos preguntan con poca frecuencia sobre aspectos psicosociales, pues no se sienten capaces de lidiar con ellos y temen caer en *burn-out* si se exponen frecuentemente con el sufrimiento del paciente; estos profesionales parecen mostrar dificultades en detectar y responder a formas no directas de comunicación,²⁴ en tanto, las claves indirectas de necesidades emocionales y de apoyo son más comunes en los pacientes que las preguntas directas.²⁵

Explorando las preferencias de comunicación de los pacientes, Parker, Water, Moor, Lenzi, Kudelka y Cohen,²⁶ crearon una escala compuesta por tres subescalas: 1) *contenido*, que hace referencia a la competencia del médico y a diferentes aspectos sobre la información; 2) *apoyo*, relacionado con el soporte emocional, y 3) *facilitación*, que hace referencia al modo en que se da la información y elementos del contexto que pueden facilitar la comunicación. El instrumento fue utilizado por Sánchez, Sirgo, Hollenstein, León, Lacorte y Salamero,²⁷ con pacientes oncológicos españoles reportando que dicha población da mayor importancia a los aspectos relacionadas con el contenido y la competencia del médico que a las muestras de apoyo y el contexto; estos hallazgos coinciden con el estudio original, en el cual se argumenta que probablemente al momento de recibir la noticia, la prioridad del paciente es tener información respecto a la enfermedad y se encuentran con menos expectativas respecto al apoyo emocional de sus médicos.²⁸

Los pacientes piden del equipo de salud una explicación completa sobre su diagnóstico, con información subsecuente individualizada y guía por parte del médico en la toma de decisiones,²⁹ inclusive a la mayoría de los pacientes paliativos les gustaría discutir su expectativa de vida con su médico.³⁰ Asimismo, valoran el que se proporcionen opciones para acceder a información por ellos mismos, y algunos sienten que un resumen escrito de la

consulta sería muy benéfico, la utilidad de audiocasetes es más polémico.³¹

No obstante, un estudio cualitativo encontró que los pacientes no siempre desean escuchar especificaciones cuando se trata de un mal pronóstico.³² Baile, Buckman, Lenzi, Globex, Beale y Kudelka,¹⁰ hablan de los pacientes que encuentran la situación demasiado amenazante y despliegan formas de negación, evasión o minimización mientras se encuentran en el tratamiento. Lobb, Butow, Kenny y Tattersall,³³ expresan que a los pacientes les gustaría que el médico verificara si quieren saber su pronóstico y qué tipo de información prefieren, y que dichos datos sean transmitidos de manera directa y honesta.³⁴ Además, el mismo porcentaje de población que solicita información precisa, expresa el deseo de ocultarla si es que un familiar es quien tuviera la enfermedad. Esta tendencia aparece en numerosos estudios independientemente de diferencias culturales.³⁵

Asimismo, el paciente oncológico prefiere un profesional realista, que dé la oportunidad de hacer preguntas, sea capaz de explicar sus términos, le permita expresar sus necesidades y ofrezca empatía genuina.²⁹ Por el contrario, las características menos deseables son discutir asuntos económicos del paciente y que otro médico esté presente, así como recibir información por teléfono.³⁶

Schofield³⁷ señala que otros aspectos importantes para el paciente con cáncer, especialmente durante el diagnóstico, son los siguientes:

- Dar el diagnóstico cara a cara.
- Sentir la confianza de estar recibiendo el mejor tratamiento, esto es, hablarles de las opciones que pueden ser el antídoto para las malas noticias, ayudándoles a enfrentar de manera más adecuada la situación; no obstante, las opciones terapéuticas estarán en función del tipo de cáncer, por ejemplo, para el melanoma primario se tienen primordialmente opciones quirúrgicas, en tanto que para el cáncer de mama existe un mayor número de alternativas. En este punto, muchos pacientes expresan que pudieron haber elegido otra opción a la ofrecida por el médico, incluyendo el no tratamiento si los hechos se les hubieran presentado claramente,³⁴ y no fuera cuestionada su capacidad para enfrentar las noticias.³³
- No retrasos en el resultado de los estudios. Se sabe que en la práctica hay retrasos inevitables, pero existen otros que sí pueden aminorarse.
- Escuchar la noticia en un lugar privado, que el doctor use la palabra cáncer directamente, y decidir quién esté presente al momento del diagnóstico.

El mismo autor señala que los tópicos relativos al apoyo social por parte del equipo de salud, como la ayuda para dar el diagnóstico a otros familiares o referirlos al psicólogo, no aparece entre las prioridades de los pacientes; sin embargo, cuando el servicio es ofrecido, una alta proporción acepta.

El paciente cuando acude a la consulta, lo hace con este bagaje cognitivo, su vivencia al estar frente al oncólogo se describe a continuación.

▷ QUÉ PERCIBE EL PACIENTE

Sher, Cella, Leslie, Bonomi, Taylor y Serafian,³⁸ reportan que existen diferencias importantes entre las percepciones de los pacientes y los médicos; se señala que el paciente sólo recuerda 25% de lo ocurrido durante el encuentro con el oncólogo.³⁹

De manera global, los pacientes perciben la información recibida como más positiva que los médicos; frecuentemente sobreestiman su expectativa de vida.⁴⁰ Al respecto, Sher y cols.,³⁸ apuntan dos argumentos probables: 1) la necesidad de exagerar la posibilidad del beneficio terapéutico a fin de consentir los tratamientos que frecuentemente son tóxicos de alto costo y no ofrecen garantía; 2) ver a los médicos de manera más positiva de la real, por las importantes expectativas depositadas en él. En tanto, Butow, Dowsett, Hagerty y Tattersall,³⁴ sugieren un fenómeno de negación o un déficit en el intercambio de información específica como explicación de este fenómeno.

En un nivel más específico, se han realizado análisis del significado que los pacientes atribuyen a palabras y expresiones verbales determinadas.

La elección de palabras que el médico emplea, aunado a la cultura en que se ubica, tiene un efecto en cómo el paciente interpreta la información. Torrecillas,⁴¹ sugiere que las frases como “no hay más tratamiento, cáncer, muerte, incurable” no deben ser usadas, ya que bloquean la habilidad del paciente para entender la información posterior. No obstante, el nulo uso de dichas expresiones y el empleo de eufemismos en su lugar, por ejemplo, mencionar sólo “tumor”, puede dar al paciente expectativas irreales y crear malentendidos.⁴² Asimismo, Friedrichsen, Strang y Carlsson,⁴³ comentan que la frase “vamos a prevenir el dolor, la náusea y/o la disnea” puede ser interpretado como “el final de la vida será doloroso”.

Otro tipo de palabra, que los pacientes describen como señales de advertencia es “desafortunadamente” al inicio del discurso. En la literatura estas frases son descritas con el objetivo de prevenir el desfase entre las expectativas, tal vez irreales, del paciente y la realidad que el

médico desea transmitir;⁴⁴ al respecto Maguire y Faulkner,⁴⁵ establecen que lo más importante al dar información es intentar ir al mismo ritmo del discernimiento del paciente.

Salander, Bergenheim, Bergstroem y Henriksson,⁴⁶ han descrito este fenómeno de reinterpretaciones como la creación de una esperanza ilusoria. Siendo esta esperanza un tópico de especial importancia en el paciente con cáncer, algunos autores,⁴⁷ han recomendado que los médicos den el diagnóstico sin dejar fuera la esperanza e intentando ser empático. La situación se torna difícil cuando la palabra cáncer está por sí misma cargada emocionalmente y asociada a la muerte;⁴⁸ sin embargo, aun en pacientes sin tratamiento curativo, es posible manejar una jerarquía de esperanzas como el liberarse de dolor, habilidad para acercarse a los seres queridos y resolver problemas interpersonales pendientes.⁴⁹ En este tenor, no debe olvidarse que el mensaje es independiente del mensajero, esto es, el transmitir malas noticias no tiene por qué impedir el que se preste un apoyo emocional adecuado y se mantenga la relación médico-paciente basada en la confianza y la empatía.⁵⁰

Las conductas del médico que dan esperanza al paciente son: ofrecer todos los tratamientos disponibles, actualización del médico en su tipo de cáncer, uso ocasional de alguna broma, decirle que su dolor será controlado. En contraste, aquellas conductas que transmiten desesperanza al paciente son: que el doctor se muestre nervioso o incomodo, que dé el pronóstico primero a la familia, el uso de eufemismos, evitar hablar del cáncer y sólo hablar de los tratamientos y usar un contexto impersonal para dar la noticia.³⁴

Ahora bien, para el paciente las características de su percepción también cumplen funciones adaptativas. Las frases de advertencia, constituyen una oportunidad de preparación mental; esos segundos dan al paciente tiempo para tomar conciencia y elegir si desea o no más información; y las palabras como cáncer e incurable transmiten la seriedad de la situación en que se encuentra la persona, lo cual es un prerequisite para la futura posibilidad de adaptación y aceptación,⁴³ proceso a través del cual el paciente experimenta una serie de emociones que a continuación se comentan.

▷ LO QUE EL PACIENTE SIENTE

Maguire,⁵¹ ha explorado las barreras entre médico y paciente dentro del discurso. Este autor encuentra que los pacientes perciben al equipo médico como personas ocupadas quienes no comprenden sus preocupaciones y les parecen irracionales o anormales; en tanto ellos no quieren ser vistos como no gratos o no cooperativos.

Cuando las malas noticias son reveladas sin permitir a los pacientes expresar sus preocupaciones, éste puede sentirse desconcertado, temeroso o enojado,⁵² ante la frase: “ya no hay nada que ofrecer” puede aparecer una sensación de abandono,⁴ además, los pacientes pueden creer que su respuesta emocional a la enfermedad es inevitable y no pueden hacer nada respecto a ella. Así un empobrecimiento en la comunicación ocurre paralelamente a un aislamiento social que hace que el paciente se refugie en sí mismo y aumente significativamente la depresión.¹³

Las preguntas pueden ser irritantes para algunos doctores, pero los pacientes sólo están tratando de darle un poco de sentido al caos en que se encuentra su vida, comenta Maguire⁵¹ en su estudio, que el sufrimiento, además del estado de enfermedad, viene de la sensación de que el problema no tiene fin, que no hay nada que hacer para mejorar la situación, y que el médico tiene todo el control, el cual incluye la información de su enfermedad que no le es comunicada. Por otro lado, los médicos que se comunican únicamente en términos optimistas, como “curación”, y el paciente no se cura, este último tendrá una imagen deteriorada de su doctor y se sentirá abandonado.

El mismo autor⁵¹ ha descrito que algunos doctores se distancian emocionalmente de los pacientes buscando no involucrarse en demasía, pero esta táctica no resuelve el problema, sólo lo deja en el paciente; pueden ser además temores infundados, que la persona no busque un acercamiento emocional con el profesional, sólo un poco de información.

En suma, la actitud paternalista de los médicos, es asumir que los pacientes van a sufrir al recibir malas noticias, sin embargo, mientras que aquellos que escuchan una mala noticia, pueden pasar por una reacción de dolor y entonces confrontar la realidad, aquellos que no poseen noticias no tienen tampoco nada que confrontar y pueden no ver el fin de sus preocupaciones, y el desgaste es más desmoralizante a largo plazo.⁵¹ Cabe señalar que esto no significa forzar a escuchar malas noticias a quien no está preparado para recibirlas, se alude al concepto de “verdad soportable” que implica el respeto por parte del oncólogo a la autonomía del paciente en cuanto al límite de la información;¹⁷ tener presentes los principios de la comunicación y de la individualización de todos aquellos elementos del paciente que orientarán el estilo adecuado de comunicación.

▷ FACTORES INDIVIDUALES

La investigación en comunicación con pacientes oncológicos ha arrojado diversos hallazgos en torno a factores sociodemográficos que inciden en sus necesidades,

expectativas y percepción de la consulta, algunos de los cuales se describen a continuación.

Sexo: Chiu y cols.²⁸ sugieren que las mujeres dan mayor relevancia a recibir apoyo psicológico, social y emocional de sus médicos. Por otro lado, Sapir y cols.²³ refieren que los hombres muestran mayor gusto por la posición tradicional del médico detrás del escritorio, en tanto las mujeres prefieren mayor proximidad, aunque el contacto físico ha mostrado ser un factor variable.

Edad: Allen, Petrisek y Laliberte⁵³ reportan que mujeres jóvenes desean mayor afinidad e inclusión en la toma de decisiones, que las mujeres mayores, quienes ponen mayor énfasis en las herramientas técnicas del médico.

Ansiedad: Esta característica parece mostrar una relación curvilínea, donde los pacientes con mayor y menor puntaje muestran menos interés en la necesidad de apoyo emocional por parte del médico.³⁶ Pacientes con ansiedad leve aunada a un nivel socioeconómico bajo, tienden a buscar un discurso completo del pronóstico.⁵⁴

Estado de la enfermedad: Pacientes diagnosticados con metástasis por un largo periodo y aquellos con mayor expectativa de vida probablemente desearán mayor realismo; quizás dichos pacientes sean más capaces de enfrentar la enfermedad de esta manera a través del tiempo.³⁶ Respecto al pronóstico, Chochinov, Tataryn, Enns y Lander,⁵⁵ señalan que los pacientes con mejor pronóstico de enfermedad definen a su oncólogo como un comunicador más claro.

A partir de esta revisión de la consulta oncológica, desde la perspectiva del paciente, es importante vislumbrar algunas líneas de acción presentes y a futuro.

▷ ¿QUÉ ESTAMOS HACIENDO?

Para incidir en el fenómeno de la comunicación médico-paciente con mayor impacto, las intervenciones debieran dirigirse al médico, al paciente y al sistema de salud.

La importancia de este tema para los oncólogos se ha visto reflejada en su inclusión dentro de las reuniones de la ASCO desde 1999.⁵² En una encuesta de esta asociación, se preguntó a los médicos sobre la utilidad del protocolo para dar malas noticias denominado SPIKES, 90% reportaron que encuentran al protocolo práctico y fácil de entender; sin embargo, expresan que usar expresiones de exploración, validación y empáticas puede ser el mayor desafío (52%).¹⁰ El contenido del protocolo SPIKES refleja de manera muy cercana el consenso de los elementos esenciales para dar malas noticias de pacientes y profesionales.³¹

Lo ideal sería establecer las condiciones del paciente, trastornos o entorno en los que sería más conveniente

comunicarse de una u otra forma; sin embargo, estas condiciones no están claramente especificadas, y pese a ello, el oncólogo enfrenta esta situación de manera cotidiana.³⁵

El médico se auxilia en esta tarea de elementos del paciente como su nivel de escolaridad reflejado en el nivel de expresión y comprensión, aspecto físico, actitud hacia la enfermedad (pasiva-activa), información previa, y si tienen o no tratamiento psicológico.³⁵ Preguntar a los pacientes su percepción de la situación, permite establecer qué tanto sabe o quiere saber el paciente, da la oportunidad de confirmar malas noticias más que revelar, así como ayudar a identificar alguna forma de negación que necesite ser abordada.⁴

Por el lado del paciente, se refiere el entrenamiento en habilidades de comunicación y de enfrentamiento. Kaplan, Greenfield y Ware⁵⁶ demostraron intervenciones de éxito con pacientes, enseñándoles a interpretar sus propios informes y a hacer preguntas concretas al médico.

Adicionalmente, se requiere mayor investigación en cómo el entorno que rodea a los médicos y a los pacientes afecta a la calidad de la interacción; así como la inclusión de estrategias que faciliten la interacción con múltiples participantes (paciente y acompañantes) en las guías para dar malas noticias.¹⁶

▷ DISCUSIÓN

La comunicación entre el oncólogo y su paciente constituye un complejo difícil de abordar, la demanda del paciente, en particular del oncológico, no incluye solamente los conocimientos y habilidades técnicas del médico, sino también una serie de conductas que lo hagan sentirse comprendido y fomenten un vínculo que le permita bordear lo delicado de cada momento de la enfermedad.

El presente trabajo se enfoca precisamente a esta perspectiva del paciente; conocer a la persona que padece el cáncer nos permite como equipo de salud hacerlo nuestro aliado y, de esta manera, obtener herramientas que incidan en el beneficio de su salud a partir de la consulta médica. Es cierto que los pacientes no deben ser la única fuente de información respecto al contenido y calidad de la comunicación, pero sí tener presente qué resultados terapéuticos, como la adherencia, están más correlacionados con la percepción del paciente que con codificadores externos.

De acuerdo a lo revisado, los aspectos a resaltar son:

- El oncólogo recibe una importante valoración positiva por las altas expectativas que el paciente deposita en él.
- La mayoría de los pacientes desean información más específica y detallada.

- Los pacientes valoran médicos que se comportan profesionalmente y con humanidad, lo cual se traduce en competencia profesional, el que hagan un esfuerzo por moderar su lenguaje técnico y ofrezcan empatía genuina.

Desde el marco metodológico, resaltan dos puntos: 1) en gran parte de los estudios la muestra es predominantemente de cáncer de mama, se deben considerar las implicaciones de este sesgo; y 2) las medidas perceptuales se han trabajado, considerando las expectativas, preferencias y resultados en el estado de salud del paciente; no obstante, es necesario el desarrollo de instrumentos que valoren las habilidades del médico desde el punto de vista del paciente oncológico bajo nuestro contexto cultural, permitiéndonos evaluar de manera más directa los entrenamientos que se dan al equipo de salud.

Es así que, como profesionales de la Psicología de la Salud es importante auxiliar al equipo médico para que identifique los factores que inciden en la comunicación médico-paciente y trabaje con los pacientes cuando una visión más realista sea necesaria; y con los pacientes cuando un entrenamiento en habilidades de comunicación y estrategias de enfrentamiento se requieran. La capacidad para adoptar distintos estilos de comunicación según el tipo de paciente, se convierte entonces en una de las características que define la comunicación efectiva.

Bibliografía

- Roter D, Hall J. Doctors talking with patients/patients talking with doctors: improving communication in medical visits. Wetsport, CT: Auburn House, 1993.
- Infante C, Abreu L, Reyes-Lagunes I. Las quejas de los pacientes: objetividad de los indicadores subjetivos de la calidad de la atención médica. *Revista de Psicología Social y Personalidad* 1998;14(2):173-91.
- Ong L, Haes J, Hoss A, Lammes F. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med* 1995;40(7):903-18.
- Dias L, Chabner BA, Lynch TJ, Penson RT. Breaking bad news: A patient's perspective. *Oncologist* 2003;8:287-96.
- Kim S, Klingler R, Sharkey W, Park H, Smith D, Cai D. A test of a cultural model of patients' motivation for verbal communication in patient-doctors interactions. *Commun Monogr* 2000;67:262-83.
- Roter D. *The Roter method of interaction process analysis* (RIAS Manual), 1991.
- Bensing J. Doctor-patient communication and the quality of care. *Soc Sci Med* 1991;32:1301.
- Emanuel E, Emanuel L. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA* 1992;267:2221-26.
- Roter D, Hall J, Aoki Y. Physician Gender effects in medical communication: A meta analytic review. *JAMA* 2002;288(6):756-764.
- Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Globex G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES: A six step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* 2000;5:302-11.
- López-Roig J, Pastor MA, Aubalt C. Comunicación en la consulta oncológica 2006;10-14.
- Mager W, Andrykowski M. Communication in the cancer "bad news" consultation: patient perceptions and psychological adjustment. *Psychooncology* 2002;11:35-46.
- Florez J. *La comunicación y comprensión del enfermo oncológico*. Madrid: Ergon, 1997.
- Doyle D. *Domiciliary Terminal care*. Churchill Livingstone: Edinburgh, 1987.
- Ley General de Salud. [en línea]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx>
- Eggle S, Penner L, Albrecht TL, Cline RJW, Foster T, Naughton M, Peterson A, Ruckdeschel JC. Discussing bad news in the outpatient oncology clinic: rethinking current communication guidelines. *J Clin Oncol* 2006;24(4):716-19.
- Peiró G, Corbellas C, Camps C, Sánchez PT, Godes M, D'Ambrá M, Blanco A. Estudio descriptivo sobre el proceso de comunicar el diagnóstico y el pronóstico en oncología. *Psicooncología* 2006;3(1):9-17.
- González M, Blanco I, Bayes R. Dificultad en la comunicación del riesgo de padecer cáncer hereditario. *Psicooncología* 2005;2(2-3):285-92.
- Ellis P, Tattersall M. How should doctors communicate the diagnosis of cancer patients? *Ann Med* 1999;31(5):336-41.
- Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ* 1995;152:1423-33.
- Street R. Active patients as powerful communicators. En Robinson W, y Giles H, Editors. *The new handbook of language and social psychology*. Chichester, Inglaterra: Wiley, 1991.
- Brown R, Dunn S, Butow P. Meeting patient expectations in the cancer consultation. *Ann Oncol* 1997;8:877-82.
- Sapir R, Catane R, Kaufman B, Isaacson R, Segal A, Wein S, Cherny N. Cancer patients' expectations of and communication with oncologist and oncology nurses: the experience of an integral oncology and palliative service. *Support Care Cancer* 2000;8:458-63.
- Frankel R. Talking in interviews: a dispreference for patient-initiated questions in physician-patient encounters. En Pasthas G., editor. *Interaction Competence*. International Institute for Ethno methodology and Conversational Analysis University Press of America: Washington, 1990.
- Butow P, Brown R, Cogar S, Tattersall M, Dunn S. Oncologists' reactions to cancer patients' verbal cues. *Psychooncology* 2002;11:47-58.
- Parker PA, Water FB, Moor C, Lenzi R, Kudelka AP, Cohen L. Breaking bad news about cancer: patients' preferences for communication. *J Clin Oncol* 2001;19(7):2049-56.
- Sánchez N, Sirgo A, Hollenstein MF, León C, Lacorte TM, Salamero M. Preferencias de comunicación y apoyo de pacientes oncológicos españoles. Adaptación del "Measure of patient's preferences". *Psicooncología* 2005; 2(1): 81-90.
- Chiu L, Lee W, Gao F, Parker P, Ng G, Toh Ch. Cancer patients' preferences communication of unfavourable news: an asian perspective. *Support Care Cancer* 2006;14:818-824.
- Randall T, Wetheir A. Receiving bad news: patients with hematological cancer reflect upon their experience. *Palliat Med* 2005;19:594-601.
- Fried TR, Bradley EH, O'Leary J. Prognosis communication in serious illness: perceptions of older patients, caregivers, and clinicians. *J Am Geriatrics Soc* 2003;51:1398-1403.
- Ptacek J, Eberhardt T. Breaking bad news, a review of literature. *JAMA* 1996;276:496-502.
- Benson J, Britten N. Respecting the autonomy of cancer patients when talking with their families: qualitative analysis of semi structured interviews with patients. *Br Med J* 1996;313:729-31.
- Lobb EA, Butow PN, Girgis A, Kenny DT, Tattersall M. Your prognosis is surprisingly good: discussing prognosis with women with early breast cancer: do women understand the language used? *Med J. Aust* 1999;171:290-294.
- Butow P, Dowsett S, Hagerty R, Tattersall M. Communicating prognosis to patients with metastatic disease: what do they really want to know? *Support Care Cancer* 2002;10:161-68.
- Labrador FJ y Bara E. La información del diagnóstico a pacientes con cáncer. *Psicooncología* 2004;1:197-202.
- Hagerty R, Butow P, Ellis P, Lobb E, Pendlebury S, Leigh N, MacLeod C, Tattersall, H. Communicating with realism and hope: incurable cancer patient's views on the disclosure of prognosis. *J Clin Oncol* 2005;23(6):1278-88.
- Schofield P, Beeny L, Thompson J, Butow, P, Tattersall M, Dunn S. Hearing the bad news of cancer diagnosis: the Australian melanoma patient's perspective. *Ann Oncol* 2001;12:365-371.
- Sher T, Cella D, William L, Bonomi P, Taylor S, Serafin B. Communication differences between physicians and their patients in an oncology setting. *J Clin Psychol Med Settings* 1997;4(3):281-293.
- Butow P, Dunn S, Tattersall M. Communication with cancer patients: does it matter? *J Palliat Care* 1995;11:34-38.
- Chan A, Woodruff R. Communicating with patients with advanced cancer. *J Palliat Care* 1997;13:29-33.
- Torreillas L. Communication of the cancer diagnosis to Mexican patients. *Ann N Y Acad Sci* 1997;809:188-96.
- Dunn S, Patterson P, Butow P, Smartt H, McCarthy W, Tattersall M. Cancer by another name: a randomized trial of the effects of euphemisms and uncertainty in communicating with cancer patients. *J Clin Oncol* 1993;11:989-96.
- Friedrichsen MJ, Strang PM, Carlsson ME. Cancer patients' interpretations of verbal expressions when given information about ending cancer treatment. *Palliat Med* 2002;16:323-30.

44. Buckman R. *Communication in palliative care: a practical guide*. In Doyle D, Hanks G, MacDonald N, editors. *Oxford textbook of palliative medicine*, second edition. Oxford: Oxford University Press, 1998:141-56.
45. Maguire P, Faulkner A. Communicate with cancer patients: Handling bad news and difficult questions. *Br Med J* 1988;297:907-09.
46. Salander P, Bergenheim A, Bergstroem P, Henriksson R. How to tell cancer patients: a contribution to a theory of communicating the diagnosis. *J Psych Oncol* 1998;16:79-93.
47. Peteet J, Abrams H, Ross-Murray D, Stearns N. Presenting a diagnosis of cancer: patients' views. *J Fam Pract* 1991;32:577-81.
48. Halldorsdottir S, Hamrin E. Experiencing existential changes: the lived experience of having cancer. *Cancer Nurs* 1996;19:29-36.
49. Watts EJ. Communicating with children and teenagers with cancer – difficult for the doctor but worse for the patient. *Psychooncology* 1993;2:285-87.
50. Cruzado JA, Olivares ME. Comunicación en consejo genético. *Psicooncología* 2005;2(2-3):269-84.
51. Maguire P. Barriers in the psychological care of the dying. *Brit Med J* 1985;291:1711-13.
52. Schapira L. Communication skills training in clinical oncology: the ASCO position reviewed and an optimistic personal perspective. *Crit Rev Oncol Hematol* 2003;46:25-31.
53. Allen S, Petrisek A, Laliberte L. Problems in doctor-patient communication. *Crit Public Health* 2001;11(1):53-54.
54. Marwit SJ, Datson SL. Disclosure preferences about terminal illness: an examination of decision-related factors. *Death Stud* 2002;26:1-20.
55. Chochinov HM, Tataryn KG, Enns M, Lander S. Prognostic awareness and the terminally ill. *Psychosomatics* 2000;41:500-504.
56. Kaplan S, Greenfield S, Ware J. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care* 1989;27:S110-S127.