PSICOONCOLOGÍA. Vol. 7, Núm. 1, 2010, pp. 175-191

ESTUDIO DE LAS MICRO-MALAS NOTICIAS EN PACIENTES HEMATOLÓGICOS HOSPITALIZADOS. LA COMUNICACIÓN MÉDICA DIARIA

Laura Díaz-Sayas, Juan Antonio Cruzado** y Javier Barbero**

* *Servicio de Hematología y Hemoterapia. Hospital Universitario La Paz*
** *Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid*

Resumen

En el campo del estrés se ha observado que no sólo los sucesos vitales estresantes tienen un impacto sobre el individuo sino también los pequeños microestresores diarios. En el ámbito de la Psicooncología se ha prestado especial interés al impacto generado por la comunicación de Malas Noticias en momentos puntuales del proceso de enfermedad. Los pacientes, además, se ven afectados negativamente cada día por otro tipo de informaciones relacionadas con la enfermedad y los tratamientos que no son el diagnóstico, la falta de eficacia de los tratamientos o un mal pronóstico. Este tipo de mensajes se han denominado Micro-Malas Noticias (MMN) y este estudio pretende explorar las características de esa fuente de estrés cotidiana para pacientes hospitalizados.

Los resultados hallados del análisis de las 500 MMN evaluadas muestran que más de la mitad de los pacientes (N=296) perciben alguna de las informaciones recibidas durante su ingreso como MMN. Las MMN más frecuentes suelen ser conocidas pero inesperadas en ese momento. El contenido de las mismas suele referirse a información relacionada con la esfera privada del paciente (sobre todo cambios en las expectativas temporo-espaciales) y con la posibilidad de sufrir daño físico (principalmente por pruebas diagnósticas vividas como aversivas).

Finalmente se proponen unas recomendaciones a tener en cuenta en busca de una atención integral de calidad del paciente hospitalizado.

Palabras clave: Comunicación médico-paciente, Micro-estresores, Micro-Malas Noticias.

Abstract

Literature has shown that accumulated daily hassles can also impact as life events do. In Psychooncology, studies have mainly focused on impact generated by breaking Bad News at isolated moments. During the disease process, patients do not only receive bad news related to diagnosis, non-effective treatments or bad prognosis but also another daily comments which can affect them negatively. This kind of messages have been named Micro-Bad News (MBN). The present study tries to explore the main characteristics of this daily source of stress for inpatients.

After analysing 500 MBN, results show that more than half of the sample (N = 296) receive at least one MBN during the hospital admission. MBN are usually known but unexpected at that moment. MBN´s content is related to information about the patient´s privated sphere (as changes in the space/time expectations) and the posibility of suffer fisical damage (mainly by diagnosis tests experienced as unpleasant by the patient).

Finally, some recomendations are proposed in the base of the results to achive an quality integrative assisstance for inpatients.

Key words: Doctor-patient communication, micro-stressors, hassles, Micro-Bad News.

Correspondencia:

Servicio de Hematología y Hemoterapia
Hospital Universitario La Paz
Edificio Dotacional
Pº de la Castellana nº 261, 28046 Madrid
E-mail: jbarbero.hulp@salud.madrid.org

INTRODUCCIÓN

La comunicación es una herramienta básica e imprescindible en la atención sanitaria y según cómo se emplee puede fortalecer la relación de confianza entre el profesional y el paciente o convertirse en una causa de conflicto añadida. La función de la comunicación no es únicamente ofrecer información médica sino que permite, además, el intercambio bidireccional de otro tipo de información, la construcción de la relación terapéutica o la toma de decisiones conjunta[1]. En función de cómo el profesional utilice sus habilidades comunicativas y de autorregulación se puede facilitar o dificultar la comprensión y asimilación de la información por parte del paciente y su familia. En el contexto de las enfermedades hematológicas cuyo tratamiento se puede cronificar en el tiempo llegando a durar incluso años, se plantea como necesario un marco de estudio que entienda la comunicación como un proceso continuo y no como un acto único.

En este sentido, gran parte de la investigación en Psicooncología[2-4] se ha centrado en la evaluación del impacto generado por la comunicación de Malas Noticias y de las estrategias, guías o protocolos dirigidos a su minimización. Buckman[2] define las Malas Noticias como "cualquier información que afecta de forma adversa y grave la visión de futuro de un individuo". Entendemos, por tanto, que las Malas Noticias significan una ruptura de las expectativas del paciente respecto a su salud o curación de la enfermedad, influyendo en sus pensamientos, conductas, sentimientos, valores y creencias. La literatura especializada en este tema ha concentrado su atención, principalmente, en aquellas situaciones de elevada amenaza vital relacionadas con la enfermedad oncológica: información diagnóstica, falta de eficacia del tratamiento, recaída o mal pronóstico y final de la vida[2,3].

Sin embargo, los pacientes se ven afectados también, cada día, por otras informaciones negativas que reciben de los profesionales sanitarios respecto al proceso de su enfermedad y hospitalización. A este tipo de mensajes se les ha denominado "Micro-Malas Noticias" (MMN)[5], considerándose como aquellas informaciones relacionadas con la enfermedad y los tratamientos que generen malestar al paciente y no son consideradas "Malas Noticias" en sentido estricto (en la tabla 1 se muestran algunos ejemplos de MMN).

El ámbito hospitalario es un contexto complejo generador por sí mismo de estrés al que no resulta fácil adaptarse[6]. La comunicación de determinados mensajes durante la hospitalización puede suponer una fuente de estrés añadida. Desde el modelo interactivo del estrés de Lazarus y Folkman[7] los estímulos no son estresantes en sí mismos, sino que es el individuo el que los experimenta como tal después de valorar la demanda como desbordante y los propios recursos como insuficientes para hacer frente a la situación. Estos autores diferencian dos tipos de factores que pueden influir en dicha valoración: situacionales y personales. Entre los factores **situacionales** se encuentran:

- La NOVEDAD de la situación: los estresores de mayor novedad generarán mayores dificultades en el afrontamiento.
- PREDICTIBILIDAD: cuando el estresor es inesperado por el individuo se genera mayor respuesta de estrés.
- INCERTIDUMBRE: la insuficiente información sobre la ocurrencia, el significado, la temporalidad, la duración, etc. puede tener un efecto inmovilizador o provocar confusión mental y dificultad para asociar entre la respuesta dada con sus consecuencias.
- AMBIGÜEDAD: Cuanto más ambigua es la situación, más importancia

cobran los factores personales para determinar el tipo de afrontamiento.

- TEMPORALES: se refiere a la inminencia y a la duración del estresor. Cuanto más inminente y duradero sea el estímulo, mayor potencial estresor tendrá.

  Entre los factores **personales** resaltan los siguientes:

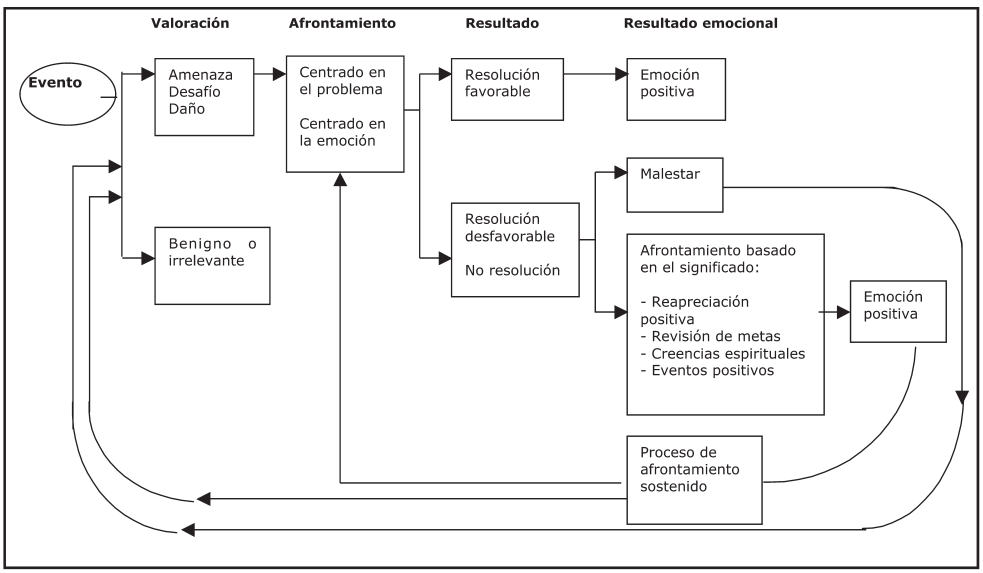
- COMPROMISOS: alude a todo aquello que es importante para el individuo. Cuanto más importante sea lo que está en juego, mayor vulnerabilidad sufrirá el sujeto y la situación será evaluada como más significativa.
- CREENCIAS: se señalan en concreto las que hacen referencia al control personal y las creencias existenciales (las que permiten al individuo encontrar significados y mantener la esperanza en situaciones difíciles).

Los estímulos percibidos como estresantes con mayor frecuencia han sido diferenciados en tres tipos[8]:

a) Acontecimientos vitales estresantes: cambios agudos que requieren reajustes drásticos en un corto periodo de tiempo.
b) Estrés crónico: demandas persistentes que requieren reajustes durante periodos de tiempo prolongados.
c) Micro-estresores, contrariedades cotidianas o *Hassles*[9]: pequeños eventos que requieren reajustes diarios.

Holland[10] utiliza el modelo integral de Folkman[11] para reflejar la lucha de los pacientes que lidian con el cáncer a nivel físico, psicológico, social, espiritual y existencial (figura 1)[12]. La principal aportación de este modelo es la relevancia que "dar un significado" tiene a la hora de afrontar una enfermedad o pérdida. El planteamiento es que cada individuo desarrolla un "significado global" de su vida, compuesto por creencias, valores, metas y la imagen de uno mismo. Este sentido global se mantiene en el tiempo hasta que es cuestionado por un acontecimiento crítico como puede ser el diagnóstico de cáncer.

Figura 1. **Modelo de Folkman tomado del original de estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman y actualizado por Holland (2002).**



El proceso de estrés comienza desde la sospecha más que probable o la certeza de padecer el cáncer. En ese momento, el individuo es consciente de la amenaza de cambio de los que han sido sus objetivos y preocupaciones hasta entonces. Esa conciencia del cambio provocado por el cáncer deriva en la construcción de un "significado situacional" bien de daño o pérdida (real o posible) o bien de reto o desafío. A todo este proceso inicial de toma de conciencia se le ha denominado valoración primaria. Posteriormente, el paciente llevaría a cabo una valoración secundaria mediante la cual estimaría el grado de control o posibilidad de cambiar la nueva situación, su capacidad de afrontamiento. Por afrontamiento se hace referencia a los pensamientos y comportamientos específicos que una persona utiliza en sus esfuerzos por reconciliar sus significados globales y situacionales.

El modelo de Folkman[11] incluye tres tipos de estrategias de afrontamiento:

- Centradas en el problema: aquellas que ayudan a cambiar la situación problemática específica que genera dicho sufrimiento. Por ejemplo: búsqueda de información, resolución de problemas pendientes o negociación.
- Centradas en las emociones: las cuales ayudan a regular el grado de sufrimiento emocional. Por ejemplo: evitación, escape, búsqueda de soporte social o distanciamiento.
- Centradas en el significado: éstas ayudan a comprender el porqué de la enfermedad y el impacto que tendrá en sus vidas.

El modelo plantea las estrategias centradas en el significado como alternativa si no se resuelve la situación o no lo hace de una forma favorable por medio de los otros dos tipos de estrategias. En ese momento, el afrontamiento resultaría del hecho de buscar un significado para la vida que incorpore la situación actual. Algunas de las estrategias que ayudan a encontrar ese significado pueden ser: realizar un reevaluación positiva de la situación, centrarse en los acontecimientos positivos aunque sean leves, revisar las metas personales, apoyarse y reafirmar las creencias espirituales.

Desde los años ochenta, se ha estudiado el cáncer como un potencial estresor vital habiéndose encontrado datos congruentes con el modelo presentado, que señalan que el grado de adaptación psicosocial ante el fenómeno oncológico se correlaciona inversamente con el nivel de estrés mantenido[13]. Es decir, parece que hay factores individuales propios de cada paciente que influyen en la percepción de amenaza que cada uno tiene ante una situación como puede ser un diagnóstico de cáncer.

Como se ha dicho anteriormente, la literatura especializada en la información médica, así como los profesionales en su práctica clínica, se han centrado en el hecho de dar una Mala Noticia con elevada amenaza vital como situaciones con gran carga estresora. Sin embargo apenas existe investigación sobre otras fuentes de estrés derivadas de la comunicación fuera de esos momentos puntuales, y durante el resto del proceso también se encuentran otras necesidades comunicativas e informativas no satisfechas[14]. A pesar de que existe un acuerdo en que determinadas informaciones son universalmente aceptadas como Malas Noticias, los expertos en comunicación definen una información como tal sólo cuando un individuo la valora de ese modo después de recibirla. Por este motivo, parece conveniente que se estudien y preparen todas las interacciones médico-paciente, no clasificando a priori determinadas informaciones como trascendentales o triviales, puesto que al

depender de la valoración del paciente cualquier mensaje puede resultar potencialmente estresante.

En el día a día de la práctica clínica, se evidencia frecuentemente un "doble lenguaje". Por un lado, aquel manifestado por el profesional médico que habla desde el resultado de las pruebas, las cifras de las analíticas, etc. (signos). Por otro lado, aquel manifestado por el paciente que habla desde lo que le transmite su cuerpo, sus sensaciones, etc. (síntomas). Mantener el foco de atención en los riesgos vitales, puede llevar a los profesionales a no dar importancia a pequeños detalles que influyen en la calidad de vida percibida por el paciente. En ocasiones, ese "doble lenguaje" desemboca en un conflicto que se refleja en la siguiente expresión de una paciente: "lo que los médicos denominan efectos secundarios, para nosotros se convierten en efectos primarios". Por este motivo, el cuidado en la comunicación de todo tipo de información se considera prioritario entendido como un paso necesario para establecer una atención clínica continua e integral susceptible de incidir en el bienestar del paciente.

En el presente estudio se utiliza un diseño descriptivo de carácter exploratorio, intentando averiguar las particularidades esenciales de las Micro-Malas Noticias, con qué frecuencia se dan y en base a qué condiciones.

Los objetivos específicos son:

- Realizar una categorización de los contenidos de las MMNs en base a las teorías del estrés y de los estudios sobre comunicación de Malas Noticias.
- Analizar la frecuencia de ocurrencia de MMN y su variabilidad respecto a variables sociodemográficas, clínicas y temporales.
- Determinar las características principales de una MMN: Contenido, Novedad y Predictibilidad de la información.
- Describir el tipo de afrontamiento predominante.
- Explorar posibles relaciones entre las características de los pacientes, de las MMNs y el afrontamiento del paciente.

MÉTODO

La muestra se compuso de 296 pacientes ingresados en el Servicio de Hematología del Hospital Universitario La Paz, entre el 04.07.05 y el 08.09.06. El 52% eran hombres con una edad media era de 56 años (15-89 años). Casi el 82% de los pacientes sufrían una enfermedad oncológica y el 18% restante tenía un diagnóstico hematológico no oncológico muy variado.

Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, diagnóstico, frecuencia de las MMN recibidas, contenido de dicha información, novedad y predictibilidad de la información, duración de la hospitalización, resultado de la misma (Alta vs Exitus) y afrontamiento.

Teniendo en cuenta los criterios generales de la investigación, se diseñó una hoja de evaluación y registro que se adecuase específicamente a los objetivos perseguidos. Debido a la situación clínica de vulnerabilidad de los pacientes, fue importante diseñar una entrevista sencilla, concreta y lo más breve posible con el fin de no molestarles y evitar la pérdida de muestra por retirada voluntaria puesto que la evaluación iba a ser diaria y podía resultar pesada o engorrosa.

Después de la formación del equipo encargado de la evaluación, se registraron las informaciones que los pacientes entendían como amenazantes de la siguiente manera. Tras la visita médica a primera hora de la mañana, el psicólogo preguntaba al paciente: *"¿Ha habido alguna información que le haya dicho hoy el médico que le*

haya afectado negativamente?". Si la respuesta era afirmativa se le preguntaba por el contenido lo más literal posible ya que la percepción de una noticia como amenazante es un acto subjetivo (*¿Podría decir de la forma más literal posible la información que le acaban de dar?*), la novedad (*¿Es algo que usted conocía o sabía que podía ocurrir?*) y la predictibilidad de la información (*¿Es una información que se esperaba en este momento?*). Finalmente después de pasado un tiempo (a última hora de la mañana) se le volvía a preguntar por la información y se exploraba cuál había sido el afrontamiento utilizado por el paciente *(¿cómo se ha enfrentado a dicha situación?)*.

RESULTADOS

Categorización

En primer lugar, un juicio de expertos determinó las categorías de la variable "Contenido" en función de lo que la teoría[7] considera como característico de una situación estresante. Se llevó a cabo un análisis de acuerdo interjueces en una muestra aleatoria de 100 de las 500 informaciones para comprobar la fiabilidad de la categorización por medio del índice Kappa. Al tratarse de información principalmente médica y para obtener mayor fiabilidad en la categorización realizada, se realizaron dos análisis; uno entre dos psicólogos (Kappa=0,73) y otro entre dos médicos especialistas (Kappa= 0,70). El acuerdo fue considerado substancial y las categorías resultantes se muestran en la tabla 1.

Resultados descriptivos

De los 296 pacientes evaluados, 154 pacientes recibieron en algún momento una MMN (52%) y 101 de ellos más de una (33% del total), no encontrándose diferencias estadísticamente significativas respecto al hecho de haber recibido o no una MMN en función del sexo, del tipo de diagnóstico ni de la gravedad de la situación. Se encontró una relación significativa entre la edad y la ocurrencia de al menos una MMN (r_{bp}=-0,203; p:0,000) hallando que a menor edad, mayor probabilidad de percibir una información como MMN.

La duración del ingreso media de toda la población analizada fue de 17 días con mediana de 8 días. En las figuras 2 y 3 se presenta la distribución de la duración por intervalos en la población que no recibió MMN en su ingreso y en la que recibió al menos una MMN.

Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas (t=8,451; g.l. 294; p:0,000). La mayoría de los pacientes sin MMN tuvieron ingresos de alrededor de dos semanas teniendo muy pocos casos con ingresos superiores al mes. Sin embargo, los pacientes con MMN, presentaron dos picos que se correspondían con ingresos de doce días o menos e ingresos con duración de uno a dos meses.

También se han encontrado diferencias entre los pacientes que habían recibido alguna MMN y los que no, en función del tipo de final del ingreso según si el paciente falleció o no durante el tiempo de la evaluación.

En los pacientes fallecidos (ver tabla 2), con una situación más grave, se obtuvo un ingreso más largo que en aquellos cuyo ingreso finalizó con el alta. Cabría esperar mayor cantidad de MMNs recibidas en ese primer grupo, sin embargo, a pesar de tratarse de casi la mitad de pacientes en cada grupo, fueron algo más los pacientes sin MMN.

La media y mediana de la duración del ingreso de los pacientes con alta hospitalaria (ver tabla 3) se acercaba a la media y mediana de toda la muestra general pues eran la gran mayoría de los pacientes.

Tabla 1. **Categorías de la variable "Contenido de MMN".**

A. Aquellas MMN relacionadas con la percepción por parte del paciente de la posibilidad de sufrir una molestia o DAÑO FÍSICO. En nuestro estudio se han valorado tres subgrupos:

1- Pruebas diagnósticas vividas como aversivas: entre ellas se encuentran todas las pruebas que sirven para llegar al diagnóstico de la enfermedad hematooncológica o de cualquier tipo de complicación. Por ejemplo, se incluirían las punciones lumbares, endoscopias, la prueba de tránsito intestinal, espirometría, etc.

2- Tratamiento vivido como aversivo: información relacionada con poner o retirar tratamiento para la enfermedad hematológica (quimioterapia, corticoides, plasmaféresis, las columnas...) o para un síntoma concreto (aerosoles, seguril, oxígeno,...) con expectativa del paciente de sufrir dolor o malestar. Se incluiría en esta categoría la comunicación de la necesidad de trasfusiones o nutrición parenteral entendiéndolas como parte de un tratamiento de soporte.

3- Otros procedimientos vividos como aversivos: otro tipo de información sobre procedimientos como poner un catéter, coger una vía femoral, el uso, mantenimiento o retirada de sonda, por ejemplo, según lo que el paciente crea que le puede generar molestia o dolor).

B. Aquellas informaciones que amenazan la ESFERA PRIVADA del paciente (Creencias y Compromisos), sus expectativas en relación a los siguientes aspectos:

4- Espacio-temporal: Son características: alargar el ingreso o el alta precipitada, cambiar a una habitación doble o no poder dormir en casa. Por ejemplo, hacer una prueba en otro hospital distinto se incluiría en la categoría de "incertidumbre" porque la característica que destaca es la situación novedosa, no sólo el lugar ni la prueba en sí.

5- Resultados en salud: Se refiere a información relacionada con aspectos médicos o resultados de pruebas. Ejemplo, "tienes fiebre", "ha bajado la hemoglobina".

6- Expectativa de normalidad: aquello que afectan a la funcionalidad del día a día (actividad física, dieta,...) y el aspecto físico. Se trata de aspectos que alejan a la persona de *su normalidad* o que le hacen darse cuenta de sus limitaciones funcionales. Pueden ser comentarios como: "Se te va a caer el pelo" o "no puedes comer nada". Cuando una persona se siente tremendamente agotada, la indicación "tienes que hacer ejercicio, subir y bajar escaleras", puede resultar una MMN.

C. Información que genera INCONTROLABILIDAD o no la resuelve.

7- Incertidumbre: aquella MMN generada por información no disponible o por situaciones novedosas de las que apenas se tiene información.

8- Espera para ser atendido: Se refiere a momentos en los que el paciente necesita que se le haga una prueba o que le vea otro profesional y que por distintas circunstancias esa atención se retrasa, sin saber cuándo va a poder ser atendido.

D. Micro Malas Noticias que potencian la AMBIGÜEDAD. Incluye situaciones en las que la información recibida no es clara, específica o admite distintas interpretaciones.

9- Respuesta que no recoge la preocupación del paciente: Se incluyen las situaciones en las que el paciente hace una pregunta o comentario y no se recibe respuesta o la información que recibe no se corresponde con su preocupación.

10- Confusión en la información: Información discrepante entre los propios profesionales en el mismo momento del pase de visita. También se incluyen las situaciones en las que la información actual que recibe el paciente entra en contradicción con información que se le había dado en el pasado, quedándose la persona con dudas sobre cuál de las dos es correcta. Se excluyen aquellas discrepancias referidas al tiempo o al espacio, puesto que hay un apartado propio para ellas.

Figura 2. **Duración del ingreso de pacientes sin MMN.**

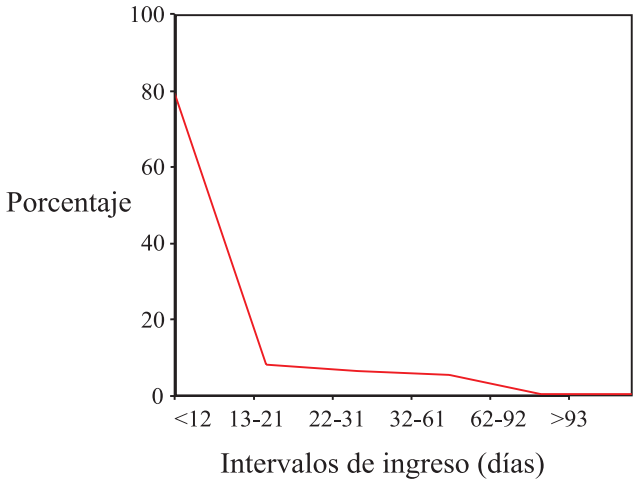
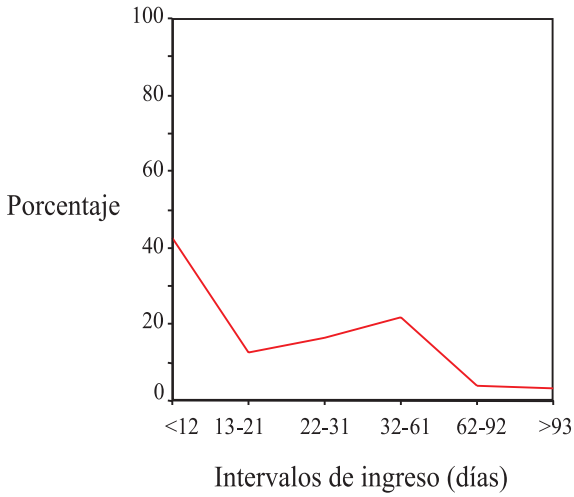


Figura 3. **Duración del ingreso de pacientes con MMN.**



Las diferencias estadísticamente significativas en días de ingreso según haber recibido alguna MMN se mantuvieron en ambos grupos, pacientes fallecidos y de alta. Estos datos permiten decir que el grupo de pacientes con MMNs tuvo una duración del ingreso hospitalario más larga que aquellos que no recibieron MMNs.

Otro aspecto relacionado con la duración del ingreso es el momento de recibir una MMN. Los datos muestran que el momento fue muy variado, desde el mismo día de la admisión en el hospital hasta el día 168 del ingreso, siendo la media a los 20 días (D.T.= 23,6) y mediana de 11 días (ver tabla 4 y figura 4).

Se observaron 5.068 interacciones médico-paciente y se encontraron 500 informaciones relacionadas con acontecimientos cotidianos de su proceso de enfermedad y/o tratamiento y que generaron malestar en el receptor. Por lo tanto, la

Tabla 2. **Diferencia en duración del ingreso según ocurrencia de MMN en pacientes fallecidos.**

	MMN	N	Media (días)	Mediana (días)	Prueba T	Grados de libertad	Sig. asintót. (bilateral)
Días de ingreso	Si	36	63,72	43	t= 4,450	72	,000
	No	38	16,87	10			
	Total	74					

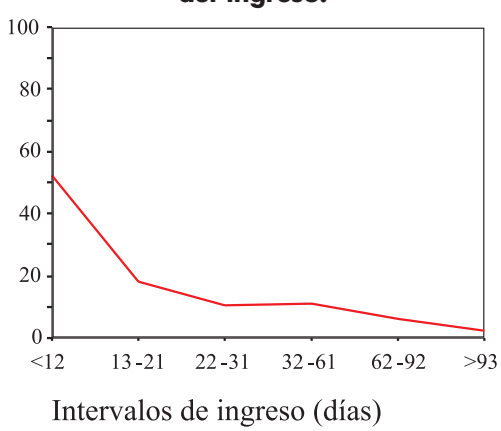
Tabla 3. **Diferencia en duración del ingreso según ocurrencia de MMN en pacientes no fallecidos.**

	MMN	N	Media (días)	Mediana (días)	Prueba T	Grados de libertad	Sig. Asintót. (bilateral)
Días de ingreso	Si	118	46,25	37	t= 7,423	220	,000
	No	104	13,19	7			
	Total	222					

Tabla 4. **Distribución según momento de ocurrencia de la MMN.**

		DIAS DE INGRESO	INTERVALO
Percentiles	10	1	< 12 días
	25	4	< 12 días
	50	11	< 12 días
	75	24	22-31 días
	90	48	>32 días

Figura 4. **MMN según momento del ingreso.**



ocurrencia de MMN sucedió en un 10% de las interacciones.

La distribución en percentiles nos muestra que el 50% de los pacientes que recibieron alguna MMN recibieron más de 2 (ver tabla 5). Aquellos que se encuentraban más allá del percentil 90 (10% de estos pacientes) recibieron 7 o más durante el tiempo que estuvieron ingresados.

Tabla 5. **Percentiles de la distribución de MMNs recibidas.**

Percentiles	10	1
	25	1
	50	2
	75	3
	90	7 ó más

Tabla 6. **Frecuencias de MMN en función del contenido de la información.**

TIPO DE INFORMACIÓN	CATEGORÍA DE MMN	PORCENTAJE (N)	
INFORMACIÓN REFERENTE A DAÑO FÍSICO	Prueba diagnóstica aversiva	12% (60)	31,8% (159)
	Tratamiento aversivo	13,8% (69)	
	Otros procesos aversivos	6% (30)	
INFORMACIÓN QUE AMENAZA LA ESFERA PRIVADA DEL PACIENTE	Cambios en expectativa espacio-temporal	29,2% (146)	52,2% (261)
	Resultados en salud	15,2% (76)	
	Funcionalidad	7,8% (39)	
INFORMACIÓN QUE GENERA O NO RESUELVE LA INCONTROLABILIDAD	Incertidumbre	5,4% (27)	9,4% (47)
	Espera a ser atendido	4% (20)	
INFORMACIÓN QUE POTENCIA LA AMBIGÜEDAD	Respuesta que no recoge la preocupación del paciente	3% (15)	6,6% (33)
	Información confusa o discrepante	3,6% (18)	

Tabla 7. **Frecuencias según la novedad y predictibilidad de la información para el paciente.**

	Conocidas	**No conocidas**	**Total**
Esperadas	31%	0%	31%
No esperadas	29,2%	39,8%	69%
Total	60,2%	39,8%	

Los datos obtenidos respecto a la frecuencia según el **Contenido** de la noticia se indican en la tabla 6.

De las 500 informaciones detectadas, los pacientes refirieron la mayoría de las noticias como conocidas (60,2%) e inesperadas (69%) (ver tabla 7). Destaca que casi el 40% fueron noticias no conocidas y no esperadas y el 31% eran conocidas y esperadas.

A continuación se exponen un ejemplo de cada uno de los tres grupos resultantes:

- Grupo 1, noticias conocidas y esperadas en ese momento: *"Se te va a realizar una colonoscopia especial"*. El paciente ya le había sido sometido con anterioridad a este tipo de prueba y una semana antes le habían avisado que en función de la evolución tendría que volver a pasar por ella. Él se estaba dando cuenta de que la evolución no era buena.
- Grupo 2, noticias conocidas pero no esperadas en ese momento: *"Te*

daremos el alta para este fin de semana". La noticia de alta le pareció prematura a la paciente generándole miedo e inseguridad.

- Grupo 3, noticias desconocidas e inesperadas en ese momento: *"Te vamos a poner una válvula en la cabeza, debajo de la piel para poner el tratamiento por ahí"*. La paciente de 60 años sufría una recaída de un Linfoma no Hodgkin a nivel cerebral. En la ocasión anterior el tratamiento se lo suministraron con inyecciones en la médula espinal para alcanzar el líquido cefalo-raquídeo, por esta razón la información era algo que la mujer no sabía que se podía hacer y por supuesto no se lo esperaba en ese momento.

Respecto al afrontamiento que el paciente mantiene ante la información recibida, se encontró que en el 37,2% de las ocasiones se utilizaron estrategias orientadas hacia el problema como la búsqueda de información (por ejemplo un paciente fue informado de que su hemoglobina seguía bajando, su estrategia para enfrentarse a la noticia fue preguntar por el proceso normal del mantenimiento de la hemoglobina y las causas por las que en su caso se suponía estaba bajando para intentar entenderlo mejor), la valoración de alternativas (un paciente al que le comunican la incompatibilidad con su hermana para un trasplante emparentado en vez de rumiar sobre la imposibilidad de esta opción terapéutica, la más adecuada en su caso, se centró en la valoración de un tratamiento de mantenimiento de quimioterapia, un autotrasplante o un trasplante no emparentado) o la negociación (ante la noticia de no poder retirar la sonda plantear *"y si durante el día de hoy bebo mucho agua, ¿mañana podríais quitarme la sonda?"*).

En el 46,6% de las situaciones, los pacientes utilizaron estrategias dirigidas hacia la regulación emocional como llorar, contarlo a la familia, muestras de enfado con los médicos o intentar evitar darle vueltas al tema.

En el resto de las ocasiones (16,2%), se centró en dar un nuevo significado situacional que ayudase a aceptar la situación. En ocasiones se trató de racionalizar de nuevo la información o buscar los aspectos positivos de la misma. A continuación se exponen algunos ejemplos encontrados en el estudio.

- Ante el caso de no poder obtener el alta después de un ingreso prolongado por unas décimas de fiebre, el paciente expresa su malestar por no poder abandonar el hospital y no tanto por las décimas de fiebre. Su estrategia de afrontamiento para superar ese mal momento fue entender que el no poder irse a casa era por su bien.
- Un paciente recibe la información de que tiene un herpes en el esófago. Al ser una complicación tediosa y poco frecuente en estos pacientes, el enfermo se ve muy afectado en un primer momento. Posteriormente, expresa haberle dado vueltas y que aunque es un fastidio por lo menos ya entiende la razón de sus molestias de esos días y además los médicos pueden poner remedio porque saben lo que es.
- Cuando el equipo médico le comunica al paciente la necesidad de hacer más pruebas (algunas de ellas molestas) para evaluar la efectividad del tratamiento, el enfermo se viene abajo. Cuando se le pregunta al final de la mañana por lo que le ha ayudado a hacer frente a la información que le ha generado malestar refiere que el comprender

que cuantas más pruebas se hagan más seguro se puede estar del resultado, tanto si es positivo como negativo.

Análisis de las relaciones entre variables

En primer lugar, se analizaron aquellas relaciones entre la **cantidad de MMNs** recibidas y las variables a estudio, encontrándose relaciones estadísticamente significativas con la edad (r = -0,202; p:0,012) y la duración del ingreso (r = 0,579; p:0,0). Los datos indican que a menor edad e ingresos hospitalarios más prolongados más cantidad de MMNs recibidas.

En segundo lugar, se buscaron las posibles relaciones de las **características de las MMNs** (Contenido de la Información, Novedad y Predictibilidad) con otras variables del estudio**.** Las variables cuantitativas (Edad y Duración del ingreso) se recodificaron en intervalos para poder ser analizadas por medio de tablas de contingencia al igual que las variables cualitativas.

En función del Contenido de la información se encontraron diferencias significativas según el sexo (χ^2 = 17,957; gl:8; p: 0,022), la edad (χ^2 = 38,419; gl:24; p: 0,031) y el diagnóstico (χ^2 = 18,807; gl:8; p: 0,016).

Los hombres destacaban en las MMNs con mensajes donde tienen mayor relevancia los factores situacionales, es decir, la que genera incontrolabilidad y ambigüedad. Las mujeres, por su parte, cuando se trataba de información referida a la administración de tratamientos aversivos.

En función de la edad, las diferencias se ven más claramente entre el grupo de los más jóvenes con los demás grupos al no señalar apenas MMNs referentes a resultados en salud y sobresalir cuando se trata de esperar en ser atendidos. Por otro lado, los mayores de 64 años destacaron sobre los otros grupos de edad en la información sobre la funcionalidad.

Después de las correcciones oportunas debido a la cantidad diferencial de pacientes con diagnóstico oncológico y no oncológico, las divergencias según el diagnóstico se observan sobre todo en las categorías de resultados en salud e incertidumbre en las cuales destacaron aquellos pacientes con diagnóstico no oncológico. Por su parte, las personas con cáncer percibieron como MMN la comunicación sobre pruebas diagnósticas en mayor número de ocasiones.

A pesar de no haberse encontrado diferencias estadísticamente significativas entre el contenido de la información y el tipo de afrontamiento utilizado resulta de interés observar cómo se distribuye en función del afrontamiento (ver tabla 8).

Los resultados de nuestro estudio muestran una prevalencia del afrontamiento basado en la emoción en todas las categorías excepto en las MMNs que no resuelven la incertidumbre del paciente. En estas ocasiones, los pacientes tendieron a buscar un cambio en el significado de la información o centrarse en el problema.

Respecto a las relaciones entre la Novedad de la información y las otras variables se han encontrado asociaciones estadísticamente significativas con la edad (χ^2 = 11,182; gl:3; p: 0,011), el diagnóstico (χ^2 = 6,352; gl:1; p: 0,012) y la duración del ingreso (χ^2 = 10,250; gl:4; p: 0,036).

Los resultados obtenidos señalan que las informaciones novedosas tienden a generar malestar con mayor frecuencia en los mayores de 64 años y las ya conocidas lo hacen en las personas con edad comprendida entre los 30 y 45 años (tabla 9).

Las MMNs novedosas fueron más frecuentes en los enfermos oncológicos mientras que aquellas conocidas lo fueron en los pacientes no oncológicos (tabla 10).

Por último, en los ingresos cercanos al mes (22-31 días) sobresalieron MMNs conocidas y en aquellos más prolongados, entre 2 y 3 meses (62-92 días), destacaron las informaciones novedosas (tabla 11).

Tabla 8. **Frecuencias del tipo de afrontamiento en función del Contenido de la MMN.**

CONTENIDO DE LA MMN	Problema	Emoción	Significado	Total
Pruebas diagnósticas	33,3%	55,0%	11,7%	100,0%
Tratamiento aversivos	37,7%	44,9%	17,4%	100,0%
Otros procedimientos	40,0%	50,0%	10,0%	100,0%
Expectativas temporo-espaciales	37,7%	45,2%	17,1%	100,0%
Resultados en salud	35,5%	44,7%	19,7%	100,0%
Funcionalidad	43,6%	48,7%	7,7%	100,0%
Incertidumbre	37,0%	22,2%	40,7%	100,0%
Espera a ser atendido	20,0%	65,0%	15,0%	100,0%
Respuesta que no recoge preocupación del paciente	40,0%	46,7%	13,3%	100,0%
Información discrepante	50,0%	50,0%	0%	100,0%

Tabla 9. **Tabla de contingencia, Novedad de la información y Edad en intervalos.**

		EDAD				Total
NOVEDAD de la MMN		**15-30**	**31-45**	**46-64**	**>64**	
Conocida	Recuento	51	89	112	49	301
	Residuos corregidos	-,2	**2,4**	,5	**-2,9**	
Desconocida	Recuento	35	40	70	54	199
	Residuos corregidos	,2	**-2,4**	-,5	**2,9**	
Total		86	129	182	103	500

Tabla 10. **Tabla de contingencia, Novedad de la información y Diagnóstico.**

		DIAGNÓSTICO		Total
NOVEDAD de la MMN		Oncológico	No oncológico	
Conocida	Recuento	246	55	301
	Residuos corregidos	**-2,5**	**2,5**	
Desconocida	Recuento	179	20	199
	Residuos corregidos	**2,5**	**-2,5**	
Total		425	75	500

Para finalizar con las características de la MMN, la variable Predictibilidad de la información tan solo presentaba diferencias significativas en función del diagnóstico (χ^2 = 13,865; gl:1; p: 0,000) (tabla 12). En las personas con enfermedad hematológica no oncológica no existían apenas diferencias respecto a la predictibilidad de la información, mientras que los pacientes con diagnóstico oncohematológico tendieron a manifestar malestar ante informaciones inesperadas.

En tercer lugar y último lugar, no se encontraron diferencias entre las variables de estudio según el **afrontamiento** utilizado por el paciente.

Descripción del grupo con mayor cantidad de MMNs

Con el fin de conocer más profundamente la ocurrencia de MMNs y dado el carácter cualitativo del estudio, se estimó oportuno analizar el perfil de los pacientes situados a partir del percentil 90 respecto a la cantidad de MMNs recibidas. En este percentil se encuentran aquellas personas que han recibido 7 MMNs o más, un total de 17 pacientes que suman entre ellos 196 MMNs (39,2% del total).

El 53% de los pacientes con más MMNs eran mujeres con edad media de 45 años[15-73] DT: 15,267; y mediana de 48 años. En el grupo general de pacientes que recibieron alguna MMN, el porcentaje de hombres era algo mayor que el de mujeres y con una edad media 7 años superior. Quince de los 17 pacientes (88%) tenían un diagnóstico oncológico (porcentaje algo mayor que el del grupo general).

Estos pacientes mantuvieron ingresos duraderos, con una media de 113 días [36 - 249] DT: 72,796. Siendo un aumento muy llamativo respecto al del colectivo total. Las MMNs fueron recibidas con gran variabilidad temporal. En ocasiones, el paciente había recibido este tipo de información el primer día de ingreso, mientras que otros lo habían hecho a partir del día 100. La mediana señala el día 21 de ingreso (D.T.= 27,699).

Respecto al tipo de MMNs que este grupo de pacientes ha recibido podemos decir que el 58% de las informaciones eran conocidas pero el 67% eran inesperadas en ese momento, muy similar al conjunto total.

El contenido más frecuente de la información se distribuyó principalmente entre las categorías relacionadas con la esfera privada del paciente y el daño físico. A pesar de seguir siendo predominantes, se observa que, en comparación con el grupo total, el contenido de la información se distribuía de forma más igualada entre las diferentes categorías (tabla 13).

Respecto al afrontamiento mantenido por este grupo de pacientes se observa gran similitud con el conjunto global: 39% mantuvieron un afrontamiento dirigido hacia el problema, 43% hacia la emoción y un 18% hacia el significado de la situación.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La cantidad de información científica sobre la comunicación médico-paciente encontrada es abrumadora. Sin embargo, cuando se trata de la comunicación diaria nos encontramos con una ínfima cantidad de artículos e investigaciones al respecto. En nuestro estudio, el 10% de las interacciones observadas presentaban al menos una MMN e implicaba a más de la mitad de los pacientes ingresados, aunque los resultados aportados indican que es un grupo reducido de pacientes los que viven este tipo de información como MMN con mayor frecuencia.

El fin último del análisis de la comunicación diaria entre médico y paciente no consiste en eliminar las MMNs de la experiencia cotidiana. Sabemos que son

Tabla 11. **Tabla de contingencia, Novedad de la información y Duración del ingreso.**

		DURACIÓN DEL INGRESO					Tota
NOVEDAD de la MMN		<12	13-21	22-31	32-61	=>62	
Conocida	Recuento	68	59	43	29	2	301
	Residuos corregidos	-1,6	,7	**2,3**	,0	**-2,1**	
Desconocida	Recuento	125	34	15	19	6	199
	Residuos corregidos	1,6	-,7	**-2,3**	,0	**2,1**	
Total		293	93	58	48	8	500

Tabla 12. **Tabla de contingencia, Predictibilidad de la información y Diagnóstico.**

		DIAGNÓSTICO		Total
PREDICTIBILIDAD de la MMN		Oncológico	No oncológico	
Esperable	Recuento	118	37	155
	Residuos corregidos	**-3,7**	**3,7**	
Inesperable	Recuento	307	38	345
	Residuos corregidos	**3,7**	**-3,7**	
Total		425	75	500

Tabla 13. **Frecuencia de MMN según el Contenido en el grupo de pacientes con más MMNs.**

TIPO DE INFORMACIÓN	**CATEGORÍA DE MMN**	**PORCENTAJE (N)**	
INFORMACIÓN REFERENTE A DAÑO FÍSICO	Prueba diagnóstica aversiva	13,3% (26)	33,2% (65)
	Tratamiento aversivos	15,3% (30)	
	Otros procesos aversivos	4,6% (9)	
INFORMACIÓN QUE AMENAZA LA ESFERA PRIVADA DEL PACIENTE	Cambios en expectativa espacio-temporal	25,5% (50)	35,4% (89)
	Resultados en salud	15,3% (30)	
	Funcionalidad	4,6% (9)	
INFORMACIÓN QUE GENERA O NO RESUELVE LA INCONTROLABILIDAD	Incertidumbre	7,1% (14)	13,7% (27)
	Espera a ser atendido	6,6% (13)	
INFORMACIÓN QUE POTENCIA LA AMBIGÜEDAD	Respuesta que no recoge la preocupación del paciente	2,6% (5)	7,7% (15)
	Información confusa o discrepante	5,1% (10)	

inevitables pero profundizar en su conocimiento puede ayudar a entender mejor las reacciones de los pacientes y facilitar su manejo.

Las MMNs tienen carácter subjetivo y es necesario valorar su efecto de forma continuada en la situación individual de cada paciente. Los hallazgos obtenidos nos ofrecen ciertas recomendaciones a tener en cuenta en la atención diaria de los pacientes hematológicos con el fin de identificar las fuentes de estrés y promover un afrontamiento adaptativo:

- Los pacientes no oncológicos con enfermedad crónica, aunque no ingresan con tanta frecuencia, se ven afectados también por MMNs.
- Las personas jóvenes y con hospitalizaciones prolongadas son un grupo con mayor susceptibilidad a la hora de percibir la información médica como MMN y de recibir más cantidad.
- Con carácter preventivo, se recomienda a los profesionales estar especialmente atentos durante las dos primeras semanas de ingreso al tipo de información que se envía así como a las reacciones de los pacientes ante la misma durante esos días.
- Los datos revelan que los factores situacionales como la espera, la incertidumbre, la ambigüedad o la confusión tienen capacidad de generar malestar, pero los pacientes los refieren en muchas menos ocasiones (16%) en comparación con los factores personales y experienciales (84%). Concretamente la información relativa a los cambios en las expectativas espaciales y temporales de los personas así como la realización de pruebas o tratamientos aversivas tienen una repercusión importante y conviene llamar la atención de los profesionales sobre este tipo de información para cuidar el momento de su comunicación.
- Se han encontrado diferencias en el tipo de MMN según el contenido en función de la edad, el sexo y el diagnóstico:
  - Los jóvenes se ven afectados en mayor medida por el hecho de esperar a ser atendidos, mientras que a partir de los 65 años los pacientes comunican en más ocasiones verse afectados por la información que amenaza de su funcionalidad diaria.
  - Los hombres refieren con más frecuencia MMNs relacionadas con aspectos situacionales (información discrepante entre varios profesionales y la espera en ser atendidos) y las mujeres destacan los contenidos referidos a tratamientos vividos como aversivos.
  - La realización de pruebas diagnósticas vividas como aversivas son consideradas MMNs en mayor medida por los pacientes oncológicos, mientras que en los no oncológicos destacan en aquellas relacionadas con resultados en salud y la información que no resuelve la incertidumbre.
- La mayoría de las informaciones percibidas como MMNs eran conocidas pero inesperadas en el momento de recibirlas. Según el estudio, el hecho de ser una noticia inesperada, parece tener mayor peso que el tratarse de una noticia desconocida.
- El afrontamiento más utilizado por los pacientes ante las MMNs recibidas estaba centrado en la regulación emocional, seguido de cerca por acciones centradas en el problema. Un grupo reducido de pacientes se

dirigió a dar un nuevo significado a la información. En los casos en los que el paciente presente complicaciones en su afrontamiento habitual ante una información cotidiana, se puede facilitar otro tipo de afrontamiento alternativo, incluida la búsqueda de un cambio en el significado que tiene la información para el enfermo puesto que hay a un grupo de personas que le resulta adaptativo.

El presente trabajo consiste en un primer paso en el análisis de la comunicación como proceso, basado en las observaciones de los propios pacientes. Posiblemente carece de la objetividad de la metodología cuantitativa, de los estudios en un ambiente controlado, con asignación aleatoria a los diferentes grupos, etc., sin embargo, como señala Charlton[15]: "En la búsqueda por una mayor objetividad científica podemos perder el hábito de la curiosidad [...] Las observaciones anecdóticas por sí solas no pueden mostrarnos causas y efectos, pero pueden proporcionarnos el estímulo para una investigación potencialmente importante".

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lee SJ, Back AL, Block SD, Stewart SK. Enhancing Physician-Patient communication. Hematology 2002; 464-83.
2. Buckman R. How to break bad news. A guide for health care proffesionals. London: Papermac, 1992.
3. Ptacek JT, Eberhardt, TL. Breaking bad news: A review of the literature. JAMA 1996; 276(6): 496-502.
4. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad and difficult news in medicine. Lancet 2004; 363: 312-9.
5. Barbero J, López-Fando T, García-Llana H, Díaz-Sayas L, Hernández-Navarro F. Is there any discrepancy between professionals and patients in the perceived threat degree (PTD) related to stressfull events? – VIII congress of Psycho-Oncology. Psychooncology 2006; 15 (S2): 394.
6. López-Roig S, Pastor MA, Neipp MC. Aspectos psicológicos asociados a la hospitalización. En Remor E, Arranz P y Ulla S, editores. El psicólogo en el ámbito hospitalario. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2003. p. 31-48.
7. Lazarus RS, Folkman S. Estrés y Proceso Cognitivos. Barcelona: Martínez Roca, 1986.
8. Sandín B. El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. [Documento en línea] IJCHP 2003; 3(1): 141-157. [Acceso 10 de febrero de 2010] Disponible en http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/337/33730109.
9. DeLongis A, Lazarus RS, Folkman S. The impact of daily stress on health and mood: Psychological and social resources as mediators. J Pers Soc Psychol 1988; 54: 486-95.
10. Holland JC. History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. Psychosom Med 2002; 64: 206-21.
11. Folkman S. Positive psychological states and doping with severe stress. Soc Sci Med 1997; 45, 1207-21.
12. Barroilhet S, Forjaz FJ, Garrido E. Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. Actas Esp Psiquiatr 2005; 33 (6):390-7.
13. National Cancer Institute. Adaptación normal, alteración psicosocial y trastornos de adaptación. [Monografía en línea] 2009. [Acceso 1 de febrero de 2010]. Disponible en: http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/adaptacion/HealthProfessional/page4.
14. Rainbird K, Perkins J, Sanson-Fisher R, Rolfe I, Anseline P. The needs of patients with advanced, incurable cancer. Br J Cancer 2009; 101(5): 759-64.
15. Charlton R. Value of anecdotes. Lancet 2000; 355: 1372.