

## ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE EL RECUERDO DEL PACIENTE TRAS LA COMUNICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO Y DEL PRONÓSTICO EN ONCOLOGÍA

### DESCRIPTIVE STUDY ABOUT PATIENT REMEMBER AFTER DIAGNOSIS AND PROGNOSIS COMMUNICATION IN ONCOLOGY

M<sup>a</sup> Luisa Vidal\*, Pedro T. Sánchez\*, Cristina Corbellas\*, Gema Peiró\*\*, María Godes\*, Ana Blasco\*, Cristina Caballero\*, y Carlos Camps\*.

\* Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

\*\* Universidad Jaime I

#### Resumen

La comunicación juega un papel fundamental en la relación médico-paciente. La mala comunicación así mismo, puede llegar a tener una influencia negativa en el paciente y sus familiares. El objetivo de este trabajo es profundizar en el proceso de información aportada por el médico oncólogo y el recuerdo que mantiene el paciente de dicha información transcurridos quince días. Los datos que presentamos se corresponden con la segunda fase del "estudio descriptivo sobre el proceso de comunicar el diagnóstico y el pronóstico en oncología". La muestra esta formada por 71 pacientes, todos ellos realizaron una segunda entrevista y recordaban la entrevista inicial. Los resultados obtenidos muestran que el recuerdo está en función de la complejidad de la información transmitida así como del impacto emocional de la misma; es decir, a mayor simplicidad y mayor impacto emocional, mejor recuerdo. Por tanto estos datos apoyan la necesidad de que la comunicación sea un proceso evolutivo, y continuado, y no se reduzca a un momento puntual, atendiéndose a las necesidades tanto del paciente como de sus familiares, facilitándose así una mejor adaptación al proceso oncológico.

**Palabras clave:** Cáncer, comunicación, diagnóstico, pronóstico, recuerdo.

#### Abstract

The communication doctor – patient plays a fundamental role in their relationship. Bad communication can imply a negative influence between patient and his family. The aim of this work is to obtain better insight in the process of the information that is contributed by the medical oncologist and to check whether the patients remembers this information after fifteen days. The information we present corresponds with the second phase of the "descriptive study on the process of communicating the diagnosis and the prognosis in oncology". Cohort consisted in 71 cancer patients, who remembered the initial interview and performed a second one. The results obtained show that data collection is depending on the complexity of the transmitted information as well as of its emotional impact; which means that, the simpler and the more emotional impact, better to remember. Therefore this information supports the idea that communication is an evolutionary and continuing process, and is not limited to certain situations, being able to attend the needs both of the patient and his family, facilitating the patient a better adaptation to the oncological disease.

**Key words:** Cancer, communication, diagnosis, prognosis, memory.

---

#### Correspondencia:

Pedro T. Sánchez  
Unidad de Psicología Clínica.  
Consorcio del Hospital General Universitario de Valencia  
Av. Tres Cruces sn 46014 Valencia  
E-mail: psicología\_hgv@gva.es

## INTRODUCCIÓN

Históricamente se han considerado la comunicación y las relaciones interpersonales como dos áreas de estudio diferentes; sin embargo, esta separación soslaya un hecho evidente: toda situación en la que participan dos o más personas es interpersonal y comunicacional, siendo además esta comunicación la que define la naturaleza de esa relación. Es por tanto importante hacer distinción entre los términos: información y comunicación, dado que en el contexto oncológico se ha tendido a utilizar ambos habitualmente como sinónimos, cuando nos plantean dos conceptos diferentes. El primero de ellos, hace referencia a “la acción de informar” o dicho de otro modo es el “contenido de una comunicación (mensaje)”; mientras que el segundo se refiere a “cómo el proceso pone en relación dos o más personas” (emisor y receptor que intercambian informaciones).

La palabra comunicación procede del Latín, siendo su raíz para algunos “Comunicare” que significa poner en común, por lo que el primer aspecto a tener en cuenta, es que sólo hay comunicación cuando aquello que se comunica tienen un significado común para los dos sujetos de la interacción; la comunicación no podemos disociarla del tipo de relación que establecemos con los pacientes, pues son conceptos claramente complementarios, cuanto mejor sea la relación tanto más fluida será la comunicación.

Por tanto, la comunicación con el paciente/familiar así como la transmisión de información, constituyen algunas de las habilidades más importantes para realizar una atención de calidad.

En el ámbito de la Oncología médica, la comunicación diagnóstica, implica un alto grado de impacto psicológico tanto en el paciente<sup>(1)</sup> como en la familia<sup>(2)</sup>, por

lo que es imprescindible considerar diversos aspectos de la misma, tales como el deseo y la disposición del paciente para asimilar la información, entender lo que la otra persona nos transmite, saber escuchar activamente..., para minimizar su efecto aversivo; por tanto, la comunicación en el contexto clínico, aparece como un instrumento fundamental que puede constituirse como factor de protección o factor de riesgo en función de cómo se utilice. El cáncer, supone para las personas afectadas una ruptura brusca con su vida cotidiana, lo que conduciría a un proceso de despersonalización, donde el yo-persona es reemplazado por el yo-enfermo. No cabe ninguna duda que ello es consecuencia de la importante alteración emocional que acompaña al daño orgánico producido por la enfermedad.

El proceso de comunicación, debe entenderse como una situación de intercambio interpersonal, durante la cual se produce un proceso de interacción médico-paciente, acomodando la información a las necesidades del paciente y sus familiares, y todo ello sustentado sobre una base de comprensión mutua; en definitiva, de igual forma que el médico es especialista en la enfermedad y en las opciones de tratamiento, el paciente es el máximo conocedor de su propio cuerpo, sus creencias, deseos, expectativas así como de la percepción de los acontecimientos.

Numerosas investigaciones en el contexto cultural anglosajón<sup>(3-5)</sup>, han estudiado las preferencias de los pacientes dentro de la relación médico-paciente en cuanto a la cantidad/calidad de información proporcionada por el médico, observándose que la gran mayoría de pacientes deseaban recibir “toda” la información sobre su diagnóstico.

Sin embargo, existen pocas referencias en relación al estudio del impacto

del diagnóstico oncológico en el propio paciente, en relación al procesamiento de dicha información y su influencia posterior en los procesos de memoria. ¿Qué información recuerda el paciente de la que le trasmite el médico en la primera visita? ¿Es congruente el recuerdo del paciente con la información real transmitida por el médico? ¿Existe información sobreañadida o borrada en lo que recuerda el paciente?

El presente estudio, se enmarca dentro de un estudio más amplio<sup>(6)</sup>, cuyo objetivo principal era, analizar el proceso de comunicación acontecido entre el oncólogo y los pacientes, en el transcurso de la primera entrevista diagnóstica. El objetivo general de este trabajo, se centra principalmente en la relación entre la Información aportada por el Oncólogo y el "Recuerdo" del Paciente sobre aspectos tales como el diagnóstico y el pronóstico de su enfermedad durante la primera entrevista; como objetivos más específicos, señalamos la relación cantidad/calidad de información que recuerda el paciente; y la observación de posibles discrepancias entre el recuerdo del paciente y la información transmitida por el médico en dicha entrevista.

## MATERIALES Y MÉTODO

### Contexto

Este estudio se realizó en colaboración entre el Servicio de Oncología Médica y la Unidad de Psicología Clínica del Hospital General Universitario de Valencia, centro de referencia del departamento sanitario 09 de la Comunidad Valenciana.

### Muestra

Se estudió una muestra original de 105 pacientes nuevos con diagnóstico

de cáncer que acuden al Servicio de Oncología Médica para tratamiento o valoración clínica por parte de los oncólogos entre Octubre de 2002 y Mayo de 2004. El único criterio de inclusión en el estudio era el no haber consultado previamente con otro Servicio o Unidad de Oncología. La distribución de la muestra por sexos es del 64,8% mujeres y un 35,2% hombres. La edad media es de 61,10 (IC 95%, 58,67 – 63,52), con un intervalo que va desde 31 a 82 años. La distribución de la edad por sexos es muy similar en ambos grupos, siendo la media para los varones de 60,97 (IC95%, 56,93 – 65,02) y la media de edad de las mujeres de 61,16 (IC95%, 58,05 – 64,28).

La distribución obtenida respecto a la localización primaria del Tumor fue de un 41,9 % en Mama, un 17,1% en Pulmón, un 6,77% en Ovario, un 4,8% en Colon, otro 4,8% en Endometrio y una miscelanea del 24,7%.

Respecto al estadio de la enfermedad al inicio del estudio la distribución obtenida fue, un 33,33% a Tumores localmente avanzados o metastáticos, mientras un 66,66% se corresponden a Tumores localizados.

Entre 15 y 35 días después de la primera entrevista oncológica (media 24 días) se citó a estos 105 pacientes para una segunda entrevista explicándoles el motivo de la misma. De los 105 pacientes citados 34 (32,38%) no pudieron ser entrevistados por diferentes causas: empeoramiento de su estado físico, fallecimiento, Ictus tras la primera entrevista, en 5 casos no se pudo realizar por negativa familiar y en 6 casos el propio paciente al saber el motivo de la consulta declinó asistir.

Fueron por tanto 71 pacientes los entrevistados en esta segunda ocasión que mantenían un recuerdo de al menos un aspecto de la primera consulta, 49 mujeres (69%) y 22 varones (31%). La

Tabla 1. **Características de la Muestra Original n=105 y de la Segunda Muestra (Recuerdo n= 71)**

Características	Muestra original (105)	Segunda Muestra (71)
• Sexo		
Varones	37 (35,2%)	22 (31%)
Mujeres	68 (64,8%)	49 (69%)
• Edad (años)		
Media Inter. Confianza 95%	61,10 (IC 95%, 58,7-63,5)	59,83
• Edad		
Varones		
Media Inter.Confianza 95%	60,97 (IC95%, 56,9-65,02)	61,72
Mujeres		
Media Inter. Confianza 95%	61,16 (IC95%, 58,05-64,3)	58,97
• Localización Tumor		
Mama	44 (41,9 %)	35 (49,3%)
Pulmón	18 (17,1 %)	7 (9,9%)
Ovario	7 (6,7 %)	6 (8,5%)
Colon	5 (4,8 %)	1 (1,4%)
Endometrio	5 (4,8 %)	3 (4,2%)
Otros	26 (24,7 %)	19 (26,8%)
• Estadío del Cáncer		
Tumores Localmente Avanzados o Metastásicos	35/105 = 33,33 %	17/71= 23,94%
Tumores Localizados	70/105 = 66,66 %	54/71= 76,05%
• Diagnóstico del Oncólogo		
Tumor	11/105 = 10,47 %	5/71 = 7,04 %
Tumor Maligno	25/105 = 23,80 %	19/71 = 26,76 %
Cáncer	62/105 = 59,04 %	43/71 = 60,56 %
Sinónimos	6/105 = 5,71 %	4/71 = 5,63 %

edad media en este grupo fue de 61,72 en hombres y 58,97 en mujeres, con un intervalo que va desde 31 a 82 años (ver tabla 1).

### Diseño y Procedimiento

Se diseñó una hoja de recogida de datos que recogía los siguientes aspectos de la primera entrevista: Nombre del Oncólogo que realiza la consulta. Fecha de la entrevista. Información previa recibida por el paciente (y diagnóstico específico que recibió si procede). Actitud de la familia durante la entrevista incluyendo, si la familia entra previamente para sugerir un diagnóstico (si/no), si la familia está presente en la entrevista (si/no) y si la familia interviene durante la entrevista para aclarar dudas respecto al diagnóstico (si/no). Diagnóstico literal utilizado. Información sobre pronóstico recibido previamente por el paciente (si/no). Si la familia entra previamente para sugerir un pronóstico (si/no). Si la familia interviene para aclarar dudas respecto al pronóstico. Pronóstico literal utilizado. Si se abordó durante la entrevista la Calidad de Vida del paciente (si/no). Estado de ánimo que observó en el paciente (ansioso/normal/deprimido). Y por último si existe recomendación de Apoyo Psicológico. El oncólogo que realizaba la entrevista recogía todos los ítems en la hoja de respuesta durante o inmediatamente después de la entrevista.

Una segunda hoja de recogida de datos recogía los siguientes aspectos del recuerdo del paciente sobre la primera entrevista: Diagnóstico Recordado. Pronóstico Recordado. Si Recuerda que se abordó durante la entrevista la Calidad de Vida del paciente (si/no). Estado de ánimo autopercebido que recuerda durante la entrevista (ansioso/normal/deprimido). Y por último si recuerda que

se le hubiera recomendado Apoyo Psicológico (si/no). Esta Entrevista realizada por un psicólogo se realizaba en la Unidad de Psicología Clínica, previa cita, a partir de un acuerdo telefónico con el paciente y/o su familia.

### RESULTADOS

De los 105 pacientes estudiados, 104 recibieron en esta primera entrevista un diagnóstico; en un caso la negativa familiar impidió ejercer esta comunicación. Los términos literales utilizados fueron: Cáncer 62/104, Tumor Maligno 25/104, Tumor 11/104 y Términos técnicos 6/104.

Con los 71 pacientes que pudimos realizar una segunda entrevista y recordaban la entrevista inicial, tratamos de analizar cuál era el tipo de recuerdo por parte del paciente en relación a diversos aspectos comentados durante esa primera entrevista con el médico; así, en relación al diagnóstico literal recibido, observamos distintos valores en función de la utilización de los diferentes términos, distribuyéndose de la siguiente forma (ver tabla 2); para el término Tumor 5/71, dos pacientes tuvieron un recuerdo exacto, es decir, recordaban que el término Tumor se había utilizado para hacer referencia a su enfermedad, por otro lado, otros 2 pacientes presentaban un recuerdo incorrecto, pues recordaban términos parecidos, pero no recordaban el diagnóstico literal emitido, el último paciente de este grupo, afirmó no recordar cuál había sido su diagnóstico.

Con respecto al término Tumor maligno 19/71, cinco pacientes informaban no recordar nada con respecto al nombre de su diagnóstico, 5 pacientes recordaban de forma literal el nombre de su diagnóstico, mientras que los restantes 9 pacientes, tuvieron un recuerdo inexacto, pues recordaban términos

Tabla 2. Frecuencias obtenidas en el estudio sobre el recuerdo del diagnóstico

Diagnóstico Recibido	N = 71	Diagnóstico Recordado	N = 71
• Tumor	5/71 (7,04 %)	No Recuerda	1
		Tumor	2
		Tumor Maligno	1
		Cáncer	1
• Tumor Maligno	19/71 = 26,76 %	No Recuerda	5
		Tumor	4
		Tumor Maligno	5
		Cáncer	5
• Cáncer	43/71 = 60,56 %	No Recuerda	3
		Tumor	13
		Tumor Maligno	4
		Cáncer	23
• Sinónimos	4/71 = 5,63 %	No Recuerda	2
		Tumor	0
		Tumor Maligno	0
		Cáncer	0
		Sinónimos	2

similares en relación a su diagnóstico, pero no el literal.

En relación a la utilización de palabras sinónimas como términos diagnósticos, observamos 4/71, dos pacientes afirman no recordar nada acerca del nombre de su diagnóstico, mientras que los otros dos pacientes, manifiestan un recuerdo correcto del mismo.

Finalmente, en relación al término Cáncer 43/71, observamos que es el término más recordado por los pacientes en comparación con los otros tres grupos, de los cuales, 23 pacientes tienen un recuerdo literal de su diagnóstico, 3 pacientes no recuerdan nada acerca de su diagnóstico, mientras que 17 pacientes tienen un recuerdo incorrecto, aludiendo a términos diferentes para hacer referencia a su diagnóstico.

En relación al recuerdo acerca del Pronóstico (ver tabla 3), nuestros resultados muestran, que en relación al término, Buen/muy buen pronóstico 23/71, sólo 8 pacientes recordaban que se les hubiera informado de un buen pronóstico de su enfermedad, 12 pacientes informan de no recordar nada acerca de su pronóstico, mientras que los restantes 3 pacientes, muestran un recuerdo inexacto de su pronóstico, destacando como llamativo el hecho de que uno de estos sujetos afirmaba recordar que su pronóstico era malo.

Con respecto al pronóstico informado por el médico, basado en criterios de porcentaje 22/71, observamos que 15 pacientes no recuerdan nada acerca del pronóstico de su enfermedad, 6 pacientes tienen un recuerdo exacto del, sien-

Figura 1. **Recuerdo del paciente según el término literal utilizado por el Oncólogo en la Comunicación del Diagnóstico**

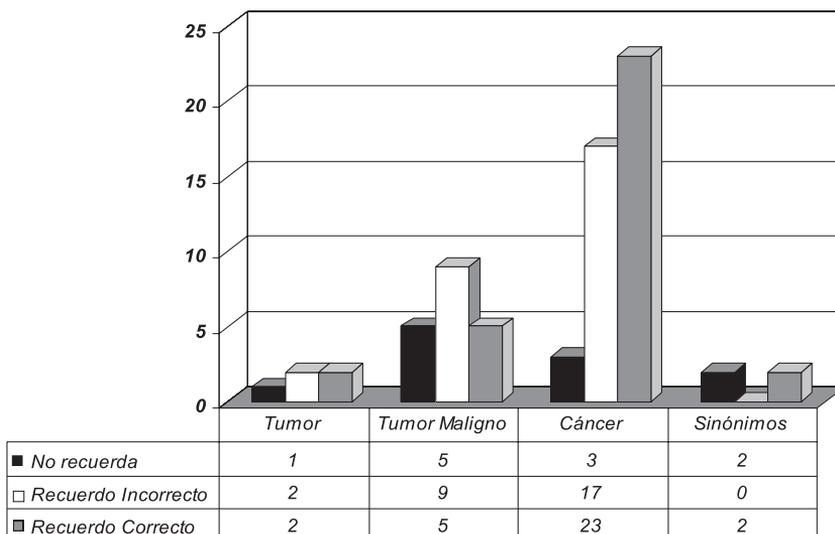


Tabla 3. **Frecuencias obtenidas en el estudio sobre el recuerdo del pronóstico**

Pronóstico recibido	N= 71	Pronóstico recordado	N= 71
Bueno o Muy Bueno	23/71 = 32,39%	No recuerda	12
		Bueno	8
		Porcentaje Curación	2
		Malo	1
Porcentaje	22/71 = 30,98%	No recuerdan	15
		Porcentaje	6
		Malo	1
No Comentado	10/71 = 12,67%	No comentado	8
		Comentado (falso recuerdo +)	2
Pendiente Estadiaje	6/71 = 8,45%	No recuerdan	3
		Bueno	3
Tratable no Curable	4/71 = 5,63%	No recuerdan	2
		Tratable	1
		Curable	1
Otros	3/71 = 4,22%	No recuerdan	2
		Proceso personal	1
Función Evolución	3/71 = 4,22%	No recuerdan	2
		Bueno	1

do un único paciente el que muestra un recuerdo inexacto, aludiendo como ocurría en el grupo anterior a un falso recuerdo negativo.

En casos en los que en la primera entrevista con el médico no se les informó sobre el pronóstico 10/71 de su enfermedad, ocho pacientes muestran un recuerdo literal de su pronóstico, mientras que los otros dos pacientes, informan que si que recuerdan haber hablado del pronóstico con su médico (falso recuerdo positivo).

El grupo de sujetos cuyo pronóstico se le fue informado en base al término "Pendiente de estadiaje" 6/71 observamos que 3 pacientes informan no recordar nada sobre su pronóstico, mientras que los otros tres sujetos informan erróneamente, recordar su pronóstico como bueno.

Cuando el pronóstico informado hacia referencia a la existencia de un tra-

tamiento pero no de su curación 4/71, dos pacientes no recuerdan ningún tipo de información con respecto a su pronóstico, 1 recuerda el término tratable, mientras que un último sujeto muestra un recuerdo inexacto, haciendo alusión a la existencia de curación en su proceso pronóstico.

En relación al pronóstico informado por el médico, basándose en criterios de evolución, también observamos diferencias en el recuerdo, obteniendo que dos pacientes afirman no recordar nada acerca de su pronóstico, mientras que el último paciente, muestra un recuerdo inexacto (buena evolución).

Finalmente, cuando se utilizaban otros conceptos diferentes a los citados anteriormente, para hacer referencia al pronóstico del sujeto 3/71, observamos que 2 pacientes comentan no recordar nada acerca de su pronóstico, mientras que el paciente restante informa erró-

Figura 2. **Recuerdo de los términos literales utilizados por el oncólogo en la comunicación del pronóstico**

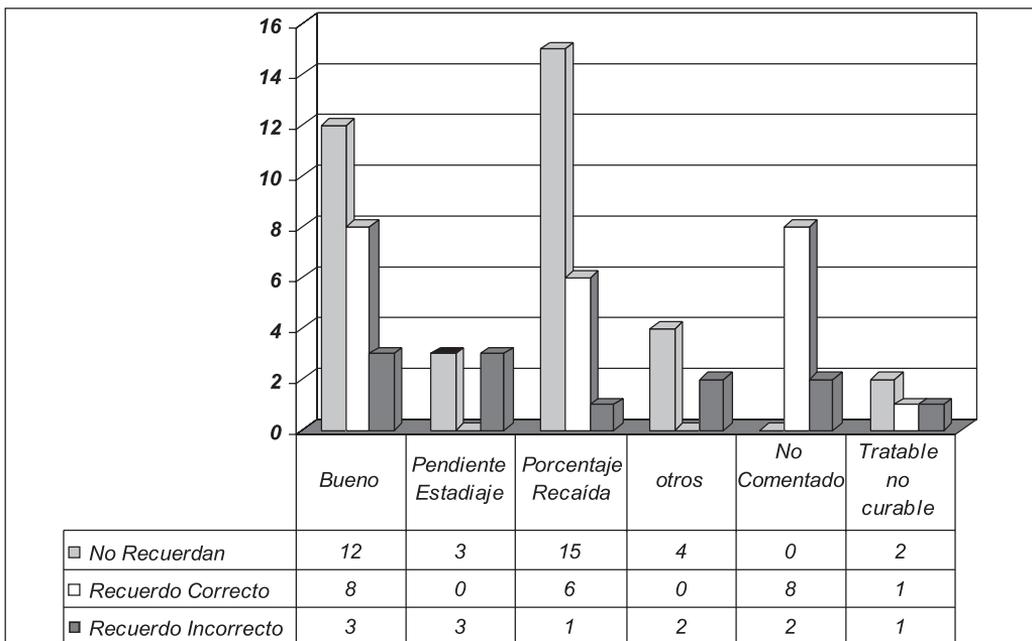


Tabla 4. Frecuencias obtenidas en el estudio sobre el recuerdo de otros temas

Escrito por el Oncólogo	N= 71	Recordado por el paciente	N= 71
Comentada la calidad de vida	18/71= 25,4%	No recuerda	13
		Recuerdan	5
No comentada la calidad de vida	53/71 = 74,6	No recuerdan	40
		Recuerdan haberla comentado (falso recuerdo)	13
Estado de ánimo Ansioso	7	Recuerdan ánimo ansioso	4
		No recuerdan ánimo ansioso	3
Estado de ánimo no ansioso	64	Recuerdan ánimo ansioso	20
		No recuerdan ánimo ansioso	44
Estado de ánimo depresivo	14	Recuerdan ánimo depresivo	3
		No recuerdan ánimo depresivo	11
Estado de ánimo no depresivo	57	Recuerdan ánimo depresivo	14
		Recuerdan ánimo no depresivo	43
Estado de ánimo normal	52/71=73,2%	Recuerdan estado de ánimo normal	38
Sugiere apoyo psicológico	24/71	Recuerdan se les sugirió Apoyo Psicológico	14
		No recuerdan se les sugirió Apoyo Psicológico	10
No sugiere apoyo psicológico	47/71	Recuerdan que no se les sugirió Apoyo Psicológico	37
		Recuerdan que se les sugirió Apoyo Psicológico (falso recuerdo)	10

neamente (pronóstico en función de cada persona.) acerca de su pronóstico.

Si observamos los resultados obtenidos en relación a otras variables psicosociales (ver tabla 4) podemos destacar, que en relación a la variable calidad de vida, se plantean dos circunstancias diferentes, la primera de ellas hace referencia a la alusión de dicho concep-

to durante la primera entrevista con el médico, observando que de 18/71, sólo 5 pacientes manifiestan tal recuerdo; mientras que en aquellos casos en los que no se hace alusión a la calidad de vida en dicha entrevista, observamos que de 53/71, hay 13 pacientes que Si que recuerdan que dicho aspecto fuera planteado, a pesar de que efectivamente no fue así.

En relación a las variables relacionadas con el estado de ánimo, también aparecen claras discrepancias en el recuerdo; en relación a la presencia 7/71 de sintomatología ansiosa, señalar que sólo 4 pacientes informan de tal estado de ansiedad; mientras que en aquellos casos en los que se informa de la ausencia de un estado de ánimo ansioso 64/71, 20 pacientes informan de un estado de ánimo ansioso.

En cuanto al estado de ánimo depresivo, obtenemos resultados similares; en aquellos casos en los que informaba de sintomatología depresiva 14/71, sólo 3 pacientes recordaban que se les hubiera informado de tal sintomatología; observando que en aquellos casos en que la sintomatología depresiva no estaba presente, 14 sujetos recordaban que en su ánimo predominaban los síntomas depresivos.

Cuando el estado de ánimo informado por el médico, era de características normales 52/71, también aparecen distorsiones en el recuerdo, pues sólo 38 pacientes recuerdan su estado de ánimo como "normal".

Al igual que en la variable calidad de vida, en relación a la variable apoyo psicológico, también se plantean dos circunstancias diferentes; en aquellos casos en los que se sugiere apoyo psicológico 24/71, hay 10 pacientes que no recuerdan que tal aspecto se les fuera sugerido durante la entrevista; mientras que en aquellos casos en los que tal aspecto no es abordado durante la entrevista inicial 47/71, también aparecen 10 pacientes con un falso recuerdo, pues informan que tal aspecto sí fue abordado durante la entrevista con su médico.

## DISCUSIÓN

Todo encuentro clínico supone comunicación. La comunicación es neces-

sariamente bidireccional y establece el vínculo que permite el diálogo entre el paciente y el profesional sanitario. Una buena relación sólo es posible si se efectúa a través de una buena comunicación. Una de las barreras que podría alterar la comunicación es la existencia de situaciones o momentos "especiales" en la evolución de la enfermedad tumoral; estos momentos (diagnóstico, seguimiento, recidiva, pronóstico, etc.) introducen en la relación médico-paciente una vulnerabilidad que puede influir en el proceso de comunicación<sup>(7)</sup>.

La enfermedad en general, provoca en la persona que la padece distintas reacciones emocionales como angustia, miedo, ansiedad, incertidumbre, tristeza y desamparo, si la enfermedad es crónica y/o amenazante para la propia vida, estas reacciones emocionales se intensifican y tienen características propias según la etiología de la enfermedad, y de la personalidad y circunstancias del enfermo.

Como hemos podido observar en nuestros datos y a lo largo de nuestra experiencia clínica, enfrentarse al diagnóstico, a un curso "impredecible" de la enfermedad, así como a las posibles recaídas, son situaciones que, en general, suponen para los pacientes una multitud de potenciales amenazas, haciéndolos más vulnerables ante los sucesos estresantes<sup>(8)</sup>. Las reacciones ante el diagnóstico de cáncer y su afrontamiento varían de un paciente a otro dependiendo: de la conciencia que tiene de la propia enfermedad, de su historia personal, del significado que de a la enfermedad, de las consecuencias de la misma y los recursos de afrontamiento que puede poner en marcha ante esta situación. El diagnóstico es uno de los momentos de mayor tensión y más difícil emocionalmente, porque es donde se confirma la sospecha y la persona se identifica con

su papel de enfermo; implica una respuesta inicial, caracterizada por la incredulidad, el rechazo y el impacto de que la noticia pueda ser verdad, acompañada a menudo de un cierto sentimiento de “anestesia emocional”, produciéndose un período de distanciamiento e introspección que dificulta el procesamiento de la información proporcionada, lo cual podría explicar el grado de incongruencia encontrado en nuestros resultados, en relación a la información que recuerda el paciente y la que realmente se le facilita en la primera entrevista; por lo cual hemos de tener en cuenta que la información debe seguir un patrón secuencial<sup>(9,10)</sup>, es decir, dependiendo de los diferentes momentos o fases del proceso asistencial, de forma que sea específica y concreta a la situación en que se encuentre la persona; el administrar información general de todas las fases al comienzo sólo creará confusión y ansiedad; se ha de ir informando al paciente según sea necesario enfrentarse a cada fase del proceso, asegurándonos que asimila la información necesaria para afrontar cada una de las fases.

Transmitir malas noticias no tiene que impedir que se preste un apoyo emocional adecuado.

Numerosas investigaciones<sup>(11-14)</sup> acerca del estudio de la memoria concluyen, que cuando hacemos referencia a tal concepto, estamos hablando de un complicado sistema de procesamiento de la información que opera a través de procesos de almacenamiento, codificación, construcción y recuperación de la información, lo cual nos alejaría definitivamente de la concepción inicial de la memoria como un proceso basado únicamente en almacenar, retener y recuperar; por tanto podríamos concluir, que la memoria involucra reconstrucción. Este hecho ha llamado la atención sobre la posibilidad de que las “recons-

trucciones” contengan distorsiones de la realidad recordada.

Estos hallazgos, podrían explicar los resultados encontrados en nuestro estudio, donde observamos que tanto la cantidad como la calidad del recuerdo informado por el paciente en relación a los aspectos hablados en la entrevista con el oncólogo, se encuentran distorsionados.

Aún cuando los pacientes hayan comprendido adecuadamente el diagnóstico y las indicaciones terapéuticas ofrecidas en consulta, es muy probable que inmediatamente después de la misma hayan olvidado una buena parte. La investigación<sup>(15)</sup> ha proporcionado datos referentes a estudios en situación real, donde se entrevista al paciente después de la consulta y se mide el recuerdo de las indicaciones que se le han proporcionado; y a estudios análogos, donde los participantes son sujetos sanos en los que se comprueba el recuerdo después de proporcionarles indicaciones imaginarias, que por tanto no les atañen a ellos directamente. Los resultados de ambos métodos de investigación son bastante similares.

Existen amplias diferencias en cuanto a la forma de evaluar la memoria en los diversos estudios. Así, se ha utilizado el recuerdo libre —preguntando simplemente al paciente que se le ha dicho en la consulta—, el recuerdo señalado —preguntándole que se le ha dicho acerca del diagnóstico, del tratamiento—, o incluso tareas de reconocimiento o de elección múltiple. No existe información suficiente para establecer cuál de estas variantes constituye el método más válido de evaluación de la memoria de los pacientes fuera de la situación experimental.

Sin embargo, los resultados de la evaluación de la memoria del paciente en el ámbito médico han arrojado algunos

resultados de interés. Así, en relación a las características del paciente<sup>(16)</sup> se ha observado que no existe una relación consistente entre la edad y el recuerdo; el nivel intelectual muestra una relación baja pero consistente con el recuerdo; la ansiedad está relacionada con el recuerdo (cuanto más ansioso es el paciente, mejor es el recuerdo; y cuanto mayor es el conocimiento médico, mejor es el recuerdo. Por otro lado, las características del material presentado también influyen en el recuerdo. Así, existe un efecto de primacía en el recuerdo de la información médica (el material que se presenta primero es el mejor recordado); las indicaciones que el paciente percibe como más importantes son mejor recordadas que las percibidas como menos relevantes; y cuanto mayor es el número de indicaciones, peor es el recuerdo. En este sentido, Ley sugiere que cuando el recuerdo de las indicaciones médicas es estrictamente fundamental para el tratamiento no debería darse al paciente más de dos indicaciones terapéuticas muy concretas<sup>(16)</sup>.

Dentro de este contexto, señalar el concepto de "falso recuerdo", el cual hace referencia tanto al recuerdo de eventos que nunca han ocurrido, como el recuerdo "distorsionado" de algo que realmente ha ocurrido.

Los resultados de este estudio, nos acercan y permiten entender un poco más lo importante del proceso de comunicación bidireccional entre el profesional médico y el paciente, así como, de no olvidarnos que se hace necesario identificar en cada momento del proceso de enfermedad, lo que el paciente sabe y ha entendido y lo que quiere llegar a saber, tratando de fraccionar la información facilitada, para evitar el bloqueo del paciente.

La mala comunicación<sup>(17)</sup> genera un sufrimiento innecesario en el paciente

y sus familiares, incrementando el coste económico del tratamiento en la misma medida que decrece la calidad de vida del paciente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Singer GR, Koch KA. Communicating with our patients : the goal of bioethics. *J Fla Med Assoc* 1997; 84 (8): 486-7.
2. Seo Y. A preliminary study on the emotional distress of patients with terminal-stage cancer: a questionnaire survey of 1380 bereaved families over a 12-year period. *Jpn J Clin Oncol* 1997; 27 (29): 80-3.
3. Schofield P.E, Beeney LL, Thompson JF, Butow P.N, Tattersall MHN., Dunn S.M.: Hearing the bad news of a cancer diagnosis: the Australian melanoma patient's perspective. *Ann Oncol* 2001; 12 (3): 365-71.
4. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet* 2004; 363: 312-9.
5. Hagerty RC, Butow PN, Ellis PM, Lobb EA, Pendlebury SC, Leigh N, Macleod C, Tattersall MHN. Communicating with realism and hope: incurable cancer patients's views on the disclosure of prognosis. *J Clin Oncol* 2005; 23(6): 1278-88.
6. Peiró G, Corbellas C, Camps C, Sánchez P.T, Godes M, D'ambra M, Blasco A. Estudio descriptivo sobre el proceso de comunicar el diagnóstico y el pronóstico en oncología. *Psicooncología* 2006; 3(1): 9-17.
7. Casinello J, García MJ, Ropero Y. Vulnerabilidad y control de síntomas en el proceso de comunicación en oncología médica. En Camps C, Sánchez PT Editores. *Comunicación en Oncología*. Madrid. SEOM. 2006.
8. Sirera R, Sánchez PT, Camps C. Inmunología, estrés, depresión y cáncer. *Psicooncología* 2006; 3: 35-48.
9. Back AL, Arnold RM, Baile WL, Tulsy JA, Fryer-Edwards K. Approaching difficult

- communication task in oncology. *CA Cancer J Clin* 2005; 55: 164-77.
10. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale AE, Kudelka A. SPIKES- A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the patient with Cancer. *Oncologist* 2000; 5:302-11.
  11. Bransford JD, Barclay J.R, Frans JJ. Sentence memory: A constructive vs interpretive approach. *Cogn Psychol* 1972, 3: 193-209.
  12. Bransford JD, Johnson MK. Contextual prerequisites for understanding: Some investigations of comprehension and recall. *J Verb Learn Verb Behav* 1972, 11: 717-26.
  13. Kintsch W. The representation of meaning in memory. Hillsdale, NJ: Erlbaum: 1974.
  14. Kintsch W. The role of knowledge in discourse comprehension: A construction-integration model. *Psychol Rev* 1988, 95(2): 163-82.
  15. Ley P. Improving patient's understanding, recall, satisfaction and compliance. En Broome A K, editor: *Health Psychology*. Londres: Chapman Hall; 1989.
  16. Ley P. *Communicating with patients*. Londres: Croom Helm; 1988.
  17. Camps C, Iranzo V, Caballero C. El coste de la mala comunicación. En: Camps C. Sánchez PT, Editores. *Comunicación en Oncología*. Madrid. SEOM; 2006.

