

# Información sobre el diagnóstico y tratamiento del cáncer cérvico-uterino y satisfacción con la atención médica

## *Information about the diagnosis and treatment of cervical-uterine cancer and satisfaction with medical attention*

*Lourdes Pérez Rosiles y Dolores Carmona Munguía<sup>1</sup>*

### RESUMEN

Este es un estudio descriptivo exploratorio basado en una estrategia metodológica mixta, secuencial y complementaria sobre la perspectiva de las usuarias respecto de la información que se les brinda sobre su estado de salud. Se entrevistó a 30 usuarias de un servicio oncológico diagnosticadas con cáncer cérvico-uterino para conocer las características de la información médica relacionada con su enfermedad y tratamiento, además de la valoración de su satisfacción con la atención del médico. Los resultados muestran que la información es escasa y poco precisa y veraz respecto de la enfermedad y tratamiento, pero paradójicamente señalan que la relación con el médico es adecuada. Se analizan los resultados y se proponen nuevas líneas de investigación.

**Indicadores:** Comunicación médica; Información diagnóstica; Relación médico-paciente; Cáncer cérvico-uterino; Satisfacción con la atención médica.

### ABSTRACT

*This is a descriptive and exploratory study based on a mixed, sequential and complementary methodological strategy for the users' perspective concerning the information received about their health condition. Thirty female users of an oncological service diagnosed with cervical-uterine cancer were interviewed in order to know the characteristics of the medical information relating to their illness and treatment. Results show that the information received is scarce, unreliable and untruthful, but paradoxically the users indicate that their relation with the medical personnel is acceptable. The results are analyzed, and new research lines are proposed.*

**Key words:** Medical communication; Diagnostic information; Patient-doctor relationship; Cervical-uterine cancer; Satisfaction with medical attention.

## INTRODUCCIÓN

**E**l cáncer engloba a una familia compleja de enfermedades cuya característica principal es la alteración del control de la proliferación celular. Las células malignas experimentan cambios en su estructura y aspecto y, al multiplicarse, dan origen a una colonia de células diferentes que se reproducen

---

<sup>1</sup> Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana, Dr. Luis Castelazo Ayala s/n, Col. Industrial Ánimas, 91190 Xalapa, Ver., México, tel. (228)841-89-90, fax (228)841-89-14, correo electrónico: loperz@uv.mx. Artículo recibido el 12 de octubre de 2004 y aceptado el 9 de marzo de 2005.

rápidamente, invadiendo y destruyendo los tejidos normales y provocando, si no es tratado oportuna y adecuadamente, la muerte.

En el caso del cáncer cérvico-uterino, que es el más frecuente de los cánceres en la mujer, además de su impacto en quien lo padece también engloba a su familia (Mercado, Ramos y Valdez, 2002; Morales y Coronel, 1998).

Según datos del Sistema Nacional de Información en Salud de la Secretaría de Salud de México (2004), la tasa de mortalidad por cáncer de útero en el ámbito nacional durante el año 2002 fue de 4.2 por millar, ocupando las neoplasias el segundo lugar en ingresos hospitalarios. Como causa de mortalidad general, el cáncer se desplazó del lugar decimosexto en el año 2000 al lugar decimonoeno en 2002, pero los tumores malignos de útero se ubican en el lugar onceavo. En ese mismo año, según la fuente antecitada, la tasa de defunción en el estado de Veracruz fue de 15.6 por cáncer de útero, considerablemente mayor que la nacional.

Pese a ello, se puede apreciar que cada vez mueren menos mujeres, probablemente debido a las extensas campañas sanitarias realizadas para la detección oportuna del cáncer.

El cáncer cérvico-uterino tiene características muy diversas tanto en su etiología como en su pronóstico, y por ende el tratamiento —que depende del momento en que se intervenga en el proceso y del tipo de cáncer— implica que las mujeres que lo padecen deban prepararse para afrontar un periodo más o menos extenso de sobrevida, durante el cual habrán de afrontar importantes consecuencias psicológicas, económicas, familiares, médicas y sociales. Puede ocurrir que el cáncer sea curable y no impacte la expectativa de vida de la persona, pero siempre se recomendará un periodo de vigilancia a través de revisiones oportunas.

La transformación de la vida de las mujeres, una vez que se les diagnostica cáncer y comienza su tratamiento, es radical ya que la enfermedad ataca a muchas mujeres en condiciones socioeconómicas adversas y con pocas posibilidades de acceso a una atención de buena calidad (Langer y Lozano, 1998; Meyerowitz y Hart 1995). En efecto, el costo de la atención resulta elevado si se considera el número de especialistas que deben participar, aunado al hecho de que se tenga que

utilizar más de una forma terapéutica apropiada al tipo de cáncer; hasta ahora se cuenta con la cirugía, la radiación, la quimioterapia y la terapia biológica. Según Montejo (1992), a pesar de que más de la mitad de la población con cáncer vive en países subdesarrollados, los recursos disponibles sólo se enfocan al tratamiento curativo de alto costo, dejando de lado los cuidados paliativos, si bien recientemente ya se considera el tratamiento del dolor como parte fundamental de tales cuidados.

En el aspecto familiar, se sabe que la familia entera se altera con la presencia de un miembro con cáncer, pero se requiere más investigación para evaluar tal impacto con mayor claridad en el caso de la mujer que tiene menores a su cuidado (Meyerowitz y Hart, 1995).

En lo social, el efecto más agudo se muestra en la fractura que sufre la mujer en sus relaciones interpersonales, desde la relación con su pareja hasta el disfrute de actividades recreativas y sociales, esto sin considerar los casos en que está inserta en el ámbito laboral y ve alterado su ritmo de trabajo, en muchas ocasiones con la pérdida resultante de su empleo.

Las repercusiones psicológicas y los aspectos médicos son áreas atendidas por profesionales formados en perspectivas diferentes pero complementarias. Anteriormente, los especialistas en oncología fueron entrenados para diagnosticar y tratar la enfermedad dentro de un esquema biomédico, que pone su atención en la enfermedad más que en quien la padece. Pero han surgido otras especialidades, como la psicooncología, la medicina comportamental y la psicología de la salud, que incorporan el aspecto psicológico de la enfermedad y han desarrollado un marco biopsicosocial de la salud. En el caso del cáncer en las mujeres, la comprensión del impacto psicológico ha requerido también un enfoque de género para entender las diferencias en las reacciones emocionales que se producen ante dicha enfermedad.

En el estudio del impacto del cáncer en la vida de quien lo padece sobresale el concepto de *calidad de vida* para significar que interesa más saber cómo se siente la persona en lugar de cómo cree que debiera sentirse (Bowling, 1994), por lo que se exploran sentimientos como la depresión, la ansiedad, la ira, el miedo, la satisfacción con la imagen, el afecto positivo o disfrute y el senti-

miento de feminidad o masculinidad en su caso. También se incluye lo relacionado con las relaciones interpersonales, el confort, el dolor físico, la fatiga y el funcionamiento físico y ocupacional (Meyerowitz y Hart, 1995).

La mujer, una vez que se le diagnostica cáncer, es a través del médico que comienza el proceso de curación; el médico es en ocasiones el motor que la impulsa y en otras será su guía y apoyo, pero desde una perspectiva biopsicosocial la enfermedad diagnosticada es el inicio de una crisis que representa daños físicos o pérdidas de diversos tipos y que demanda de la persona afectada un proceso de afrontamiento (Sánchez-Canovas, 1991; Slaikeu, 1988). Dicho proceso empieza con una valoración del suceso en sí (la enfermedad, la pérdida, el daño, etc.) en términos de lo que significa, y sobre el qué hacer, lo que implica el afrontamiento propiamente dicho, ya sea racional o emocional. Por ejemplo, si el estilo es emocional, buscará apoyo en los integrantes de la familia u otros seres queridos, pero puede ser que también haga esfuerzos para regular las emociones y acciones relacionadas con la enfermedad (Sánchez-Canovas, 1991). Así pues, el afrontamiento entraña alguna transformación cognitivo-conductual para resolver la crisis de manera diferente a la actitud de resignación pasiva.

Es suma, el punto de partida es la información que el médico proporciona al momento de conocer el diagnóstico y planear el tratamiento, información que se ofrece en el contexto de la relación médico-paciente. En tal relación, los conocimientos científicos, la habilidad y la experiencia de este profesional desempeñan un papel de vital importancia, donde el fundamento ético está representado por la información (Nápoles, Torres, Gutiérrez, García y Roper, 2000). Sin embargo, hay una diversidad de posiciones respecto de la información que se ofrece o que debiera ofrecerse a los enfermos de cáncer, y así Buela-Casal y Moreno (1991) consideran que, con base en los estudios hechos a la fecha, la información proporcionada por el médico ayuda a que se tenga una mejor adaptación social a largo plazo, aunque de manera inmediata sea un factor más de estrés, que puede llegar a la condición de que la mujer no quiera saber más sobre la enfermedad que lo que ya sabe.

De acuerdo con Espinosa, González y Poveda (1993), las pacientes pueden tener preferencias por una mayor información en unas condiciones que en otras, notando que cuando reciben el diagnóstico de cáncer ya tienen anticipadamente noticias sobre éste, por lo que pueden necesitar más información, evitando así su exposición a información imprecisa o ambivalente, y en muchas ocasiones falsa. También señalan los autores que las pacientes no sólo desean información sobre los aspectos médicos y fisiológicos de su enfermedad, sino también sobre el impacto psicológico y social esperado.

Por lo anterior, el objetivo del presente estudio fue describir las características de la información sobre el diagnóstico y tratamiento del cáncer proporcionada por los médicos durante la consulta, así como la satisfacción con dicha información.

## MÉTODO

### Participantes

Treinta mujeres de entre 30 y 60 años de edad, con cáncer cérvico-uterino, que acudían al Hospital de Cancerología "Miguel Dorantes Meza" de la ciudad de Xalapa, Veracruz, México. Se incluyeron en el estudio pacientes que ya hubieran tenido un diagnóstico de cáncer cérvico-uterino, que estuvieran recibiendo atención médica y que accedieran a participar en el estudio.

### Situación

La población que asiste a este hospital es generalmente de nivel socioeconómico medio-bajo y bajo, y es derechohabiente de alguna institución de seguridad social o de salud. Cuenta con 220 empleados, de los cuales 54 son médicos especialistas y 50 enfermeras; dispone de 60 camas para hospitalización.

Atiende aproximadamente a veinte mil personas al año; de este total, 60% son mujeres con un rango de edad de entre 25 a 60 años, 30% son hombres en edades de 45 a 60 años, y 10% son niños de 12 a 14 años.

Del total de mujeres, 50% padece cáncer cérvico-uterino, 25% cáncer mamario, 12% cáncer ovárico, 10% cáncer endometrial y 3% cáncer de vías digestivas. En cuanto a los varones, 50% sufre de cáncer de próstata, 30% cáncer de vías digestivas, 10% cáncer de pulmón y 5% cáncer de partes blandas. De los niños, 80% padece leucemias y 20% linfomas y tumores óseos.

### Procedimiento

El diseño metodológico fue exploratorio, descriptivo, con un enfoque mixto cuantitativo-cualitativo y secuencial (Creswell, 2003).

Se hicieron 15 entrevistas semiestructuradas sobre la base de ciertas preguntas<sup>2</sup>, cuyas respuestas sirvieron para elaborar posteriormente un cuestionario estructurado.

Se aplicaron los cuestionarios personalmente a 30 mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión, las que fueron seleccionadas de forma convencional. Los cuestionarios se aplicaron en la sala de espera del hospital o en un albergue después de que las pacientes habían recibido consulta o tratamiento. Hecho lo anterior, se capturó la información y se procesaron los resultados.

### Instrumento

El cuestionario contiene quince preguntas, de las cuales diez son de opción múltiple y cinco son abiertas; además, incluye datos generales de identificación, como edad, estado civil, ocupación, escolaridad, periodo en el que la paciente ha recibido atención médica y el tipo de tratamiento al que se somete. Las preguntas que se incluyeron en el cuestionario se dividieron en tres apartados que exploran temas tales como los siguientes: *a)* Qué se informa, o sea, qué información proporciona el médico al paciente con respecto al origen de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, gravedad y pronóstico; *b)* Cómo se suministra la información,

para conocer la actitud del médico al informar el diagnóstico y el tratamiento (si se muestra motivador, amable, indiferente, desmotivador o frío); si la información sobre la enfermedad es clara, detallada, confusa o muy general, y si ofrece información colateral sobre el tratamiento y los efectos secundarios, y *c)* Cómo percibe el paciente su relación con el médico, lo que se hace mediante preguntas que exploran si el médico se preocupa por la paciente preguntándole sobre su estado desde la última consulta, si la escucha atentamente cuando le expone sus dudas, y si procura explicarle de forma clara las indicaciones que debe seguir para controlar su enfermedad, así como la percepción que tiene la paciente de dicha relación y la satisfacción con la información que ha recibido.

### RESULTADOS

En el Cuadro 1 se ilustran las características de las mujeres, quienes tuvieron una edad promedio de 49.9 años, habiendo más del 50% en el rango de 50 a 60 años. La escolaridad fue, para el 44%, de seis años, siendo los extremos de 7% para analfabetismo y 3% para al menos ocho años de escolaridad. El 63% tenía pareja y el resto eran solteras, viudas y divorciadas. El 85% eran amas de casa o ejercían otras actividades, como ser empleadas domésticas, costureras, elaboradoras de manualidades, intendentes o prestaban servicios de lavado de ropa, quienes representaron el 3%. El 40% tenía entre 6 y 12 meses de tratamiento; 37%, entre 0 y 6 meses; 16%, entre 12 y 18 meses; 3%, entre 18 y 24, e igualmente 3%, entre 24 y 30 meses. Respecto del tipo de tratamiento, 33% estaba siendo tratado con solo radioterapia; 33% con radioterapia combinada con quimioterapia; 24% únicamente con quimioterapia; 7% con cirugía y radiación, y 3% con cirugía y quimioterapia.

<sup>2</sup> Estas preguntas abordaron, entre otros aspectos, los conocimientos que tiene el paciente sobre su enfermedad, las preguntas más frecuentes que hace acerca de ella, la información que le brinda el médico, la satisfacción con dicha información, el interés del médico por su situación general, etcétera.

**Cuadro 1.** Características de las mujeres participantes.

Características	Descripción	Frec.	%
Edad	50-55 años	9	30
Escolaridad	Primaria completa	13	44
Ocupación	Ama de casa	25	85
Estado civil	Casada	10	33
Periodo de consulta en meses	6 -12	12	40
Tratamiento	Radioterapia y quimioterapia	10	33

**Respuestas de las mujeres a las preguntas abiertas**

*Qué se informa sobre el origen de su enfermedad*

A las mujeres, en su mayoría, no se les suministró información alguna sobre la etiología de su enfermedad, o la que se les proporcionó fue general o redundante: “[Dijo] que tenía algo en la matriz”, “Que tenía una malformación de tejidos” o “El cáncer afecta [debido a] los estilos de vida de cada quién”.

Sólo a una paciente se le dio una información que hacía referencia a uno de los factores de riesgos asociados al cáncer: “Dijo que era a causa de una infección que no fue bien cuidada y tratada”.

*Qué se informa sobre el diagnóstico en sí*

Hay una diversidad de formas para informar sobre el diagnóstico; casi siempre se acompañan de la forma de tratar la enfermedad y se utilizan diferentes expresiones:

“Que tenía cáncer y que estaba avanzado, pero [...] me dio esperanzas de que era controlable”, “Que era cáncer cérvico-uterino, pero que estábamos muy a tiempo de tratarlo y que todo saldría bien”.

También se informa a través de palabras que se utilizan como sinónimos: “Que tenía un tumor en la matriz”, “Me dijo que tenía un absceso que estaba creciendo en el útero, pero que con el medicamento o las radiaciones se me quitaría”.

Hubo casos en que no se informó a la paciente sobre su enfermedad y el médico sólo habló del tratamiento: “No me ha dicho qué tengo exactamente, pero dice que tengo algo en la matriz y que tengo que recibir unas cuantas radiaciones”, “Que tenía dos tumores que era necesario operar y que tenía que recibir radioterapia”.

*Qué se informa sobre la gravedad de la enfermedad*

Una forma de hablar sobre la gravedad es que el médico la refiere conjuntamente con una intención optimista sobre su superación, asignando o compartiendo la responsabilidad con la paciente:

“Me dijo que mi cáncer era de primer grado y que me controlaría con las radiaciones”.

“Que está en un nivel grave, pero que se puede hacer algo”.

“Me dijo que lo controlaríamos a pesar de que es un tumor maligno”.

Otra forma es no calificar la gravedad y entonces no hablar acerca de ello:

“Que me van a tratar, pero no me han dicho qué tan grave es”.

Y una forma más es hablar únicamente de la gravedad, pero sin aclarar en qué consiste o cómo se tratará:

“Que mi cáncer estaba en un nivel muy avanzado, pero no sé que significa eso de que me voy a morir o que me van a quitar la matriz aunque lleve mi tratamiento”.

*Qué se informa sobre las modalidades en el tratamiento*

Una forma es mencionar más de una modalidad y, más que explicar en qué consiste, enfatizar su utilidad:

“Él me hablo de la quimioterapia, la radioterapia y la cirugía; me explicó para qué sirve cada una, pero yo sólo tomo la radioterapia. También me habló del procedimiento y de sus reacciones”.

Una manera más es mencionar únicamente la “indicada” para la paciente, pero sin ofrecer mayores explicaciones:

“Nada más me dijo que debería tomar la quimioterapia”.

“Sólo me dijo que el tumor que yo tenía, con la quimioterapia me pondría bien”.

Otra forma es mencionar el tratamiento y dar una explicación de las secuelas:

“Me habló sobre la quimioterapia y la radio. Me explicó todo sobre esto”.

Y, por último, no mencionar ningún tratamiento ni explicar nada más:

“No me dijo nada”.

*Qué se informa sobre el pronóstico de la enfermedad*

Una manera es sólo decir a la paciente que se recuperará con el tratamiento y siguiendo las indicaciones:

“[Dijo] que me pondría bien con las radiaciones”.

O bien no hablar del pronóstico:

“Quisiera que me dijera ya todo de una vez, [pues] no me dice nada y sólo me da recetas”.

Del análisis de las entrevistas se desprende que las mujeres requieren información de su médico para cubrir una necesidad que las ayuda a afrontar su padecimiento, como lo ilustra la siguiente frase: “No me dice nada, y aunque se ve que el doctor sabe mucho, necesito estar tranquila y conocer qué es lo que me pasa”.

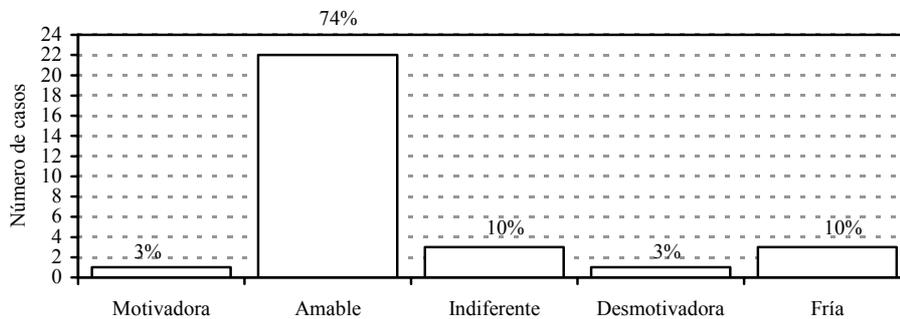
**Respuestas de las mujeres a las preguntas cerradas**

La Gráfica 1 muestra cómo se proporciona la información y cómo perciben las mujeres su relación con el médico.

Como se observa en la gráfica, la gran mayoría calificó como amable la actitud del médico al suministrarles la información sobre su diagnóstico y tratamiento.

**Gráfica 1.** ¿Cuál fue la actitud de su médico cuando le comunicó el diagnóstico y el tratamiento?

$$y=30*1*normal(x; 2,433333; 1,0063)$$



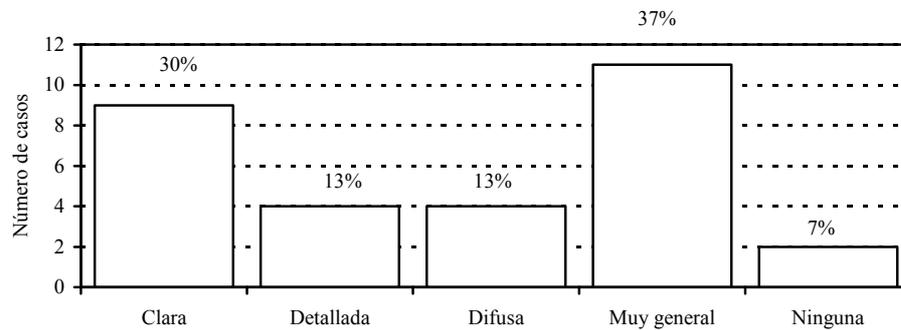
Para calificar la información recibida, se observa en la Gráfica 2 que más de una tercera parte de las mujeres consideró que la información recibida fue muy general, y que para una proporción ligeramente menor fue clara.

En la Gráfica 3 se ilustra el porcentaje de mujeres que mencionan la regularidad con la que el

médico les pregunta acerca de su salud como una señal de preocupación o atención de su parte; la mayoría de las mujeres dijo que casi siempre lo hacen; es de resaltar que una proporción considerable de los médicos nunca les formula tal pregunta.

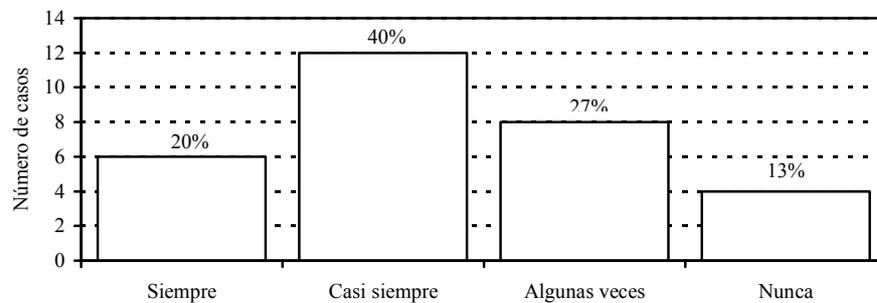
**Gráfica 2.** ¿Cómo considera la información que el médico le dio sobre su enfermedad?

$$y=30*1* \text{ normal } (x; 2,766666; 1, 40647)$$



**Gráfica 3.** ¿Su médico le pregunta cómo se ha sentido desde la última consulta?

$$y=30*1* \text{ normal } (x; 2,333333; 0,958927)$$

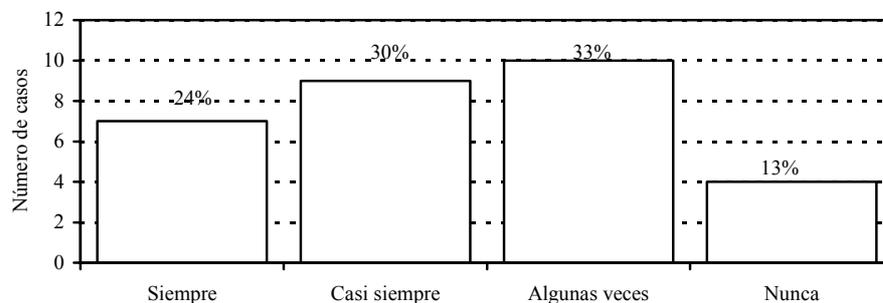


En la Gráfica 4 se muestran los porcentajes de la apreciación que tienen las mujeres sobre la atención que les presta el médico acerca sus dudas, observándose que la tercera parte de las mujeres

señala que algunas veces se muestra atento y calmado, cerca de otra tercera parte afirma que casi siempre lo hace, y sólo una cuarta parte indica que invariablemente aclara sus dudas.

**Gráfica 4.** ¿Su médico la escucha atentamente y con calma cuando usted expone sus dudas?

$$y=30*1* \text{ normal } (x; 2,366666; 0,999425)$$



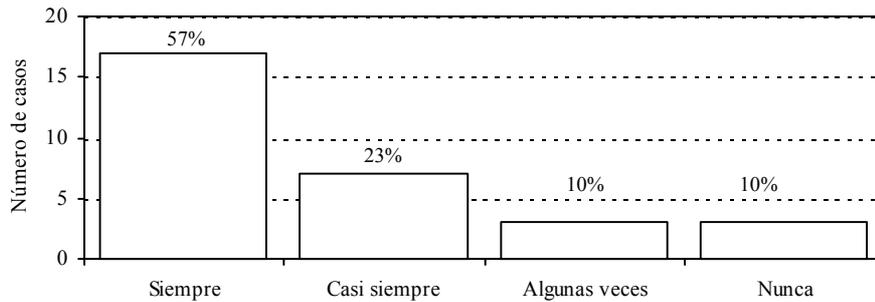
La Gráfica 5 se muestra que las mujeres en su mayoría dicen que su médico siempre les explica claramente lo que deben hacer para controlar su enfermedad, pero sólo la cuarta parte de ellas señalan

la que lo hace casi siempre. Según las pacientes, diez de cada cien médicos nunca les explica.

Se les pidió a las mujeres que evaluaran la relación con su médico, y en la Gráfica 6 se muestran los resultados hallados.

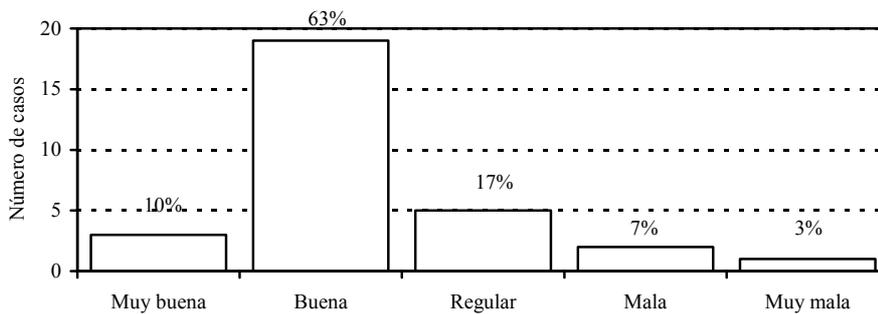
**Gráfica 5.** ¿Su médico le explica de forma clara las indicaciones que debe seguir para controlar su enfermedad?

$$Y=30*1* \text{ normal } (x; 1,733333; 1,01483)$$



**Gráfica 6.** ¿Cómo evalúa la relación entre su médico y usted?

$$y=30*1* \text{ normal } (x; 2,3; 0,876907)$$

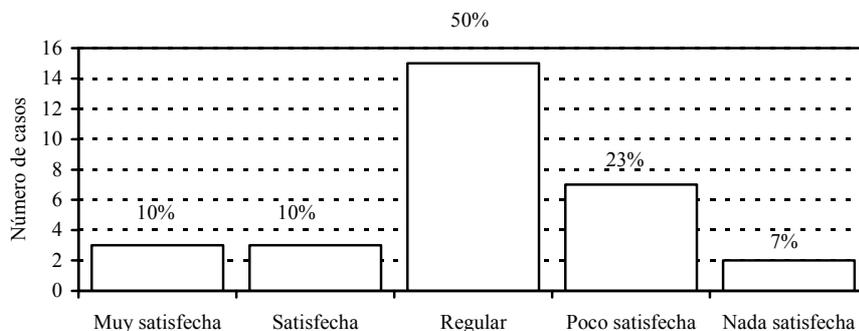


Por último, se les pidió que evaluaran qué tan satisfechas se sentían respecto de la información reci-

bida por su médico, encontrándose los resultados que se muestran en la Gráfica 7.

**Gráfica 7.** ¿Cómo se siente usted con la información que ha recibido de su médico en cuanto a su enfermedad y tratamiento?

$$y=30*1* \text{ normal } (x; 3,066666; 1,01483)$$



En el Cuadro 2 se expresan los resultados que ilustran las emociones y sentimientos que dijeron experimentar las mujeres cuando se les proporcionó el diagnóstico de su enfermedad; se encontró una gama de ellas, que van desde sentirse ansiosas y desesperadas hasta tristes y frustradas.

Este dato es importante ya que la mayoría de las mujeres no contaba con ningún apoyo psicológico, aunque el resto consideraba el servicio como regular o bueno.

**Cuadro 2.** Emociones y/o sentimientos referidos por las mujeres ante el diagnóstico.

	Frec.	%
Ansiosa y desesperada	11	30
Confundida y perturbada	9	24
Temerosa y aterrada	7	19
Sorprendida	3	8
Resentida	3	8
Triste	2	5
Frustrada	2	5

## DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio pueden generar más preguntas que respuestas sobre el camino que sigue la investigación de la relación humana que se establece entre el médico y la paciente, así como de la satisfacción de esta última sobre la información que recibe acerca del diagnóstico y el tratamiento.

Por un lado, se halló que una queja común de las mujeres es que no son informadas veraz y oportunamente, o lo son pero con mensajes escasamente comprendidos (por ejemplo, cuando afirman que la información fue muy general o que no la entendieron). En contraste, se observa que la evaluación que hacen de la actuación del médico en términos de su comprensión o amabilidad resulta ser positiva; de hecho, dicen que los médicos son amables, que les explican, que las escuchan con calma casi siempre, etcétera, lo que se puede interpretar como una discrepancia entre lo que el médico piensa que debe informarse y cómo lo debe informar, lo que está lejos de las expectativas o el deseo de las mujeres (Maguire, 1984).

Por lo anterior, habría que preguntarse y preguntar a los médicos qué sentimientos o emociones hay detrás de una actitud amable y atenta, pero mezquina en cuanto a dar información precisa, clara y oportuna.

En un estudio realizado en un hospital oncológico de Estados Unidos citado por Gómez-Sancho (1998), el 88% de los médicos era parti-

dario de no informar al paciente acerca de la gravedad de su enfermedad, mientras que el resto estaba dispuesto a hacerlo sólo si los pacientes fueran “inteligentes y emocionalmente estables”. Paradójicamente, el 60% de los médicos participantes en esta encuesta manifestó su deseo de querer ser informados “sinceramente” en caso de que ellos mismos se encontraran en esas circunstancias. Otros indican que no es conveniente informar al paciente el diagnóstico de cáncer por ser muy dañino para él, y consideran prudente ocultar la verdad bajo cualquier circunstancia, señalando que una profunda descompensación en la conducta y en la vida afectiva —como la que generalmente se espera que se produzca en quienes conocen este diagnóstico— resulta desventajosa para el curso y evolución de la enfermedad (Holland, Geary y Marchin, 1987), lo que es contradictorio con lo hallado posteriormente por Centeno y Nuñez (1998); en efecto, después de una exhaustiva revisión de los estudios realizados sobre la información proporcionada al paciente y el conocimiento del diagnóstico, concluyen que mayoritariamente los médicos y los profanos manifestaron su deseo de ser informados en el caso de ser ellos los afectados.

En realidad, privar a una persona del conocimiento sobre los procesos de enfermedad y muerte es violatorio de sus derechos (López de la Peña, 2000); si se oculta la verdad al paciente para evitar que se deprima, pronto la esperanza inicial será reemplazada por la desesperanza producto del engaño, lo que conduce casi siempre a la pérdida

de la confianza en su médico. En última instancia, no se debiera poner el énfasis en decir o no la verdad, sino más bien en cómo decirla (Kübler-Ross, 2003).

El secreto y la ambigüedad con relación a cómo se informa el diagnóstico puede aumentar la dificultad en la comprensión del curso de la enfermedad y detener formas de afrontar las repercusiones de ésta, llevando a sentimientos de pérdida de control y aumento del estrés. En el caso presente, las mujeres expresaron sentirse insatisfechas con la información recibida y había un sentimiento de incertidumbre por el pronóstico de su enfermedad.

Ahora bien, la repercusión en las mujeres es más compleja ya que su valor como tales se deposita tradicionalmente en su capacidad reproductiva; cuando padecen una enfermedad que invade su sistema reproductivo y altera de manera importante su funcionalidad como madres y amas de casa, es indispensable ofrecerles el apoyo psicológico necesario no sólo para acompañarlas a afrontar su proceso, sino también para reflexionar sobre su condición de mujeres valiosas, independientemente de su capacidad reproductiva.

Los médicos, según refieren las mujeres, se interesaron profesionalmente por ellas, pero fueron incapaces de involucrarse cognitivamente y emocionalmente, lo que coincide con otros estudios (por ejemplo, Maguire, 1984), en los que se ha hallado que los médicos rechazan especialmente enterarse de que los pacientes tienen problemas psicosociales

por sí mismos o como un efecto del padecimiento. En el presente estudio, puede inferirse que los médicos tenían una disposición a escuchar, pero que variables como el tiempo de la consulta y las características de la enfermedad podían interferir en dicha disposición.

Finalmente, hay dos puntos que vale la pena mencionar. El primero está relacionado con la importancia reconocida por la Organización Mundial de la Salud respecto de las recomendaciones para asegurar la calidad de la atención, en las que se enfatiza que la comunicación entre el médico y el paciente es una prioridad internacional desde el punto de vista de los usuarios (cfr. Groenewegen, Kerssens, Sixma, Van der Eijk y Boerma, 2005). El segundo tiene que ver con que es cada vez más evidente que se requieren múltiples enfoques para comprender no únicamente la enfermedad sino el comportamiento de las personas que la padecen; de ahí que de un tiempo a la fecha se hallen en las revistas de salud estudios “sobre las representaciones sociales de la enfermedad; la forma que adoptan los valores y creencias sobre la salud; la estructura y funcionalidad de las redes sociales; el papel de los sistemas informales de cuidado de la salud, y los enfrentamientos interculturales que se presentan durante la atención médica” (Fuentes y López, 2005), todo lo cual contribuye a una mejor comprensión del proceso de salud y enfermedad, utilizando para ello novedosas estrategias metodológicas que combinan técnicas cualitativas y cuantitativas.

## REFERENCIAS

- Bowling A. (1994). Conceptualización de la función física, la salud y la calidad de vida. En A. Bowling (Ed.): *La medición de la salud. Análisis de las escalas de medidas de la calidad de vida* (pp. 1-13). Barcelona: Masson, S.A.
- Buela-Casal, G. y Moreno S., B. (1991). Intervención psicológica en cáncer. En G. Buela-Casal y V. Caballo (Eds.): *Manual de psicología clínica aplicada* (pp. 505-533). Madrid: Siglo XXI Editores.
- Creswell, J. (2003). *A framework for research design. Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (2<sup>nd</sup> ed.). San Francisco, CA: Sage Publications Inc.
- Centeno C., C. y Nuñez O., J.M. (1998). Estudios sobre la comunicación del diagnóstico de cáncer en España. *Medicina Clínica*, 110, 744-750.
- Espinosa, E., González, M. y Poveda, J. (1993). La verdad soportable como eje de la información al paciente con cáncer. *Revista Médica Internacional*, 10(3), 52.
- Fuentes R., M. y López M., S. (2005). Editorial. *Salud Pública de México*, 47(1), enero-febrero, 5-7.
- Gómez S., M. (1998). *Cómo dar las malas noticias en medicina* (2<sup>a</sup> ed.). Madrid: Arán.
- Groenewegen, P.P., Kerssens, J.J., Sixma, H.J., Van der Eijk, I. y Boerma, W.W. (2005). *What is important in evaluating health care quality? An international comparison of user views*. Disponible en línea: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/5/16> (última actualización: febrero de 2005).

- Holland, J., Geary, N. y Marchin, E. (1987). An international survey of physician's attitudes and practice in revealing the diagnosis of cancer. *Cancer Investigation*, 5(2), 14.
- Sistema Nacional de Información en Salud de la Secretaría de Salud (2004). *Mortalidad*. Disponible en línea: <http://www.salud.gob.mx/apps/htdocs/estadisticas/mortalidad/mortalidad.htm> (última actualización: 27 de enero de 2004).
- Kübler-Ross, E. (2003). Actitudes con respecto a la muerte y los moribundos. En s.a.: *Sobre la muerte y los moribundos* (pp. 25-57). México: Grupo Editorial Random-House Mondadori, S.L.
- Langer, A. y Lozano, R. (1998). Condición de la mujer y salud. En J. G. Figueroa P. (Ed.): *La condición de la mujer en el espacio de la salud* (pp. 33-81). México: El Colegio de México.
- López de la Peña, X.A. (2000). Derecho a la verdad. En v.v.a.a.: *Los derechos del paciente* (43-46). México: Trillas.
- Maguire, P. (1984). Communication skills and patient care. En A. Steptoe y A. Mathews (Eds.): *Health care and human behavior* (pp. 153-171). New York: Academic Press.
- Mercado, F.J., Ramos, I.M. y Valdez, E. (2002). La perspectiva de enfermos crónicos sobre la atención médica en Guadalajara, Mexico. Un estudio cualitativo. En J. F. Mercado, D. Gastaldo y C. Calderón (Comps.): *Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud* (pp. 403-432). Guadalajara (México): Universidad de Guadalajara.
- Meyerowitz, B.E. y Hart, S. (1995). Women and cancer: Have assumptions about women limited our research agenda? En A. Stanton y S. Gallant (Eds.): *The psychology of women's health* (pp. 51-84). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Montejo R., G. (1992). El enfermo con cáncer incurable y la medicina paliativa en México. *Salud Pública de México*, 34(5), 569-574.
- Morales, R. y Coronel, P. (1998). El impacto psicológico del cáncer en el paciente, la familia y el equipo de salud. *Psicología y Salud*, 12, julio-diciembre, 115-122.
- Nápoles, B., Torres, P., Gutiérrez, J.A., García, M. y Roperó, R. (2000). Conocimiento del diagnóstico en pacientes con cáncer antes de recibir tratamiento oncoespecífico. *Revista Cubana de Oncología*, 16(2), mayo-agosto.
- Sánchez C., J. (1991). Evaluación de las estrategias de afrontamiento. En G. Buéla-Casal y V. Caballo (Eds.): *Manual de psicología clínica aplicada* (pp. 247-268). Madrid: Siglo XXI Editores.
- Slaikeu, K.A. (1988). Teoría de la crisis: estructura general. En v.v.a.a.: *Intervención en crisis* (pp. 11-31). México: El Manual Moderno.