

Comunicación de la información acerca de la enfermedad en los pacientes hospitalizados

Dr. Alberto Sitkewich

Se realizaron 60 entrevistas entre pacientes hospitalizados en un hospital público y otro privado, con el objetivo de estudiar la comunicación de información acerca de la enfermedad (CIAE) realizada por el médico tratante y relatada desde las autopercepciones y evaluaciones del enfermo. Se estudió la información acerca de: motivo de la internación, diagnóstico de la enfermedad, duración presuntiva, causa y evolución probable de la misma. Solamente 12% de los pacientes recibió información acerca de los ítems mencionados. Casi 60% de los pacientes presentaron autopercepciones parciales o distorsionadas de su enfermedad. Más de 18% desconocía totalmente qué enfermedad padecía o mencionó una diferente a la diagnosticada. 50% de los enfermos percibió la información como inadecuada y en 60% de estos casos se vio al médico como responsable de los bajos niveles de comunicación.

Se estudiaron las modalidades de autopercepciones relacionadas al nivel socioeconómico y educacional de los pacientes, se observó que los niveles «altos» tienen un porcentaje significativamente mayor de autopercepciones completas, lo cual no estaría vinculado solamente a factores culturales.

La CIAE, evaluada con los instrumentos mencionados, mostró una tendencia del médico a retener información y, cuando se ofreció, ella fue ineficaz, especialmente para los pacientes de bajo nivel social.

Será necesario elaborar estudios analíticos que confirmen estos resultados.

Palabras clave: Relación médico-paciente. Pacientes.

Dr. Alberto Sitkewich
Médico especialista en Salud Pública

Introducción

Desde los tiempos de Hipócrates, y quizás desde mucho antes, se ha considerado que uno de los aspectos más importantes de la medicina es la relación que se establece entre un individuo enfermo y aquel que intenta ayudarlo, es decir, la relación médico-paciente.

A pesar de ello, los textos clásicos y modernos de medicina dedican poco o ningún espacio a este tema y al hacerlo, generalmente se refieren a la necesidad de que exista una buena relación médico-paciente, sin definirla ni entregar información de cómo adquirir destrezas en su

manejo. La misma carencia mostraban, hasta hace poco tiempo, los planes de estudio de nuestra Facultad, donde no se contemplaba el tema, salvo en el aspecto técnico cuando el estudiante ingresaba a su práctica hospitalaria.

Son múltiples los aspectos de la relación médico paciente que pueden influir no solo en el modo como el enfermo define y maneja su rol de paciente sino también en la disposición del mismo a trabajar junto al médico y comenzar la recuperación del estado bio-psico-social normal. Uno de los más importantes y decisivos está representado por la comunicación de la información acerca de la enfermedad (CIAE) que el profesional ofrece a sus pacientes. Ella constituye uno de los deberes de todo acto médico, implícito en el compromiso ético de considerar al enfermo como un sujeto que posee igual que el profesional, inteligencia, dignidad y vida íntima y no solamente como un objeto de estudio y manipulación terapéutica (1-3).

Recientemente se han desarrollado un cúmulo de investi-

Correspondencia:
Dr. Alberto Sitkewich
Duvimioso Terra 1629 ap. 902
11200 Montevideo, Uruguay
Recibido 14/6/91
Aceptado 20/8/91

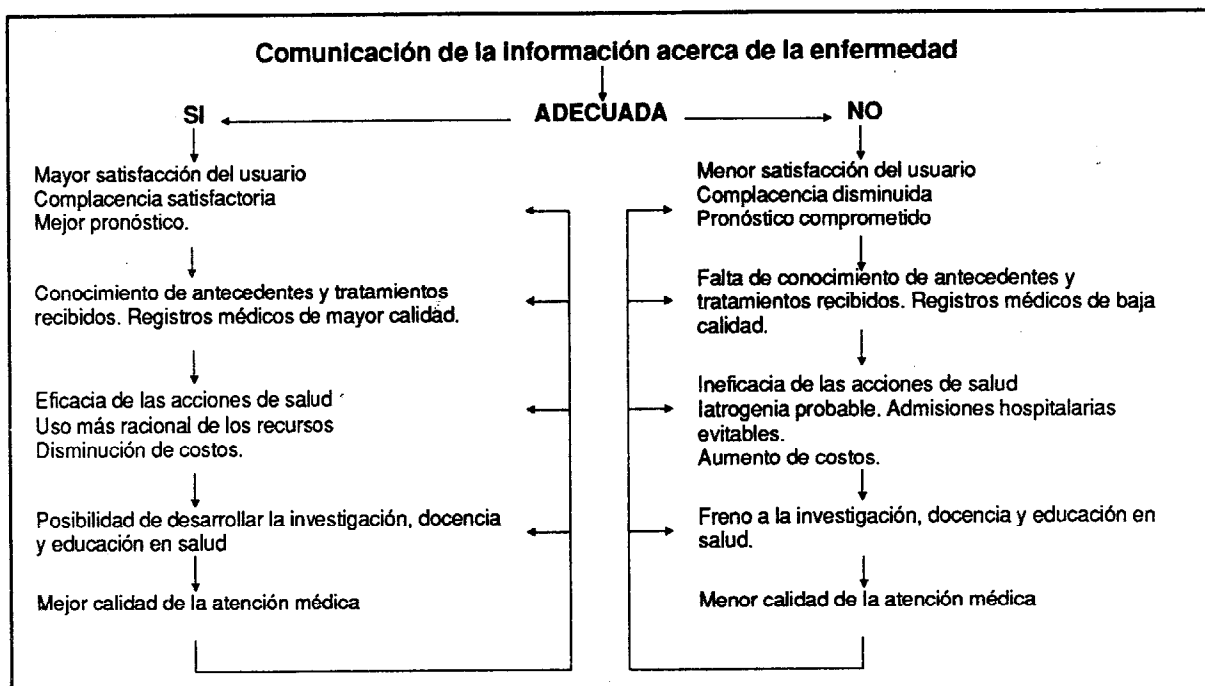


Figura 1. Proceso de comunicación de la información.

gaciones en las áreas vinculadas a la atención primaria en salud revelando la creciente preocupación por el tema (2,4-9).

En Latinoamérica y en nuestro país, varios autores han estudiado este problema dada la insatisfacción generalizada con la calidad de la relación médico-paciente y con la CIAE en particular. Estas investigaciones confirman los desconcertantes malentendidos, confusiones y barreras a la comunicación que frecuentemente se desarrollan en todo acto médico.

El proceso de comunicación de la información afecta el resultado de las acciones de salud. Su inadecuación podría desencadenar una serie de mecanismos que se esquematizan en la figura 1. El deterioro de la calidad de la atención médica, la menor satisfacción del enfermo y, por lo tanto, la menor complacencia con el tratamiento, agravarán su dolencia. El desconocimiento de su propia patología condiciona historias clínicas y registros médicos de baja calidad. Las repercusiones negativas más significativas oscilan entre claros efectos iatrogénicos hasta la ineficacia de las acciones de salud, incluyendo admisiones hospitalarias evitables y aumento de costos y recursos. El freno a las acciones de la medicina preventiva, la docencia y la investigación son consecuencia de este proceso que se retroalimenta en varios puntos de su evolución.

Dentro de los variados aspectos que la CIAE abarca, uno de los más significativos e importantes, es el deber de informar el diagnóstico de la enfermedad que motiva la consulta o la internación y hacerlo, además, de una manera clara, inteligible, adecuada al nivel social del paciente. Según Balint, esta información constituye, para el enfermo, una necesidad imperiosa que le permite su-

ministrar un nombre a esa cosa ingrata, malévol y temible que constituye su enfermedad, que tratada rápida y apropiadamente podría ser pasible de curación (1).

La investigación bibliográfica realizada y la experiencia clínica acumulada a nivel de áreas de internación públicas y privadas, permiten afirmar que, en cierto número de casos, no se cumple con la elemental obligación de comunicar el diagnóstico de la enfermedad a los pacientes hospitalizados. Si se lo hace, algunos no lo comprenden o no lo recuerdan lo suficiente como para aceptar la realidad de su propia enfermedad, encarar las reacciones afectivas, manejar los mecanismos de defensa y cumplir así con los estudios y tratamientos indicados.

En nuestro medio se han estudiado sobre todo aspectos relacionados con la comunicación del diagnóstico a los pacientes portadores de enfermedades malignas, atendiendo fundamentalmente a los factores comportamentales y a la importancia de brindar información veraz sobre las mismas (10,11). A nivel de nuestra Facultad se han realizado estudios sobre el contexto social de la hospitalización dirigidos a revelar la definición de la enfermedad del paciente desde su propio punto de vista, en base a la información recibida durante su internación (9).

Considerando los antecedentes mencionados, se creyó de interés realizar un estudio exploratorio a nivel de pacientes hospitalizados sobre algunos aspectos de la CIAE implícitos en la relación médico-paciente, teniendo como unidad de análisis al enfermo en situación de hospitalización.

El objetivo de este trabajo fue evaluar las características de la información que sobre el diagnóstico de la enfermedad reciben los enfermos hospitalizados de sus médicos

tratantes, relatadas desde las autopercepciones y evaluaciones de los pacientes.

No se pretendió obtener conclusiones generales, sino recabar información sobre algunos aspectos que constituyen una pequeña parte de los factores en juego en el relacionamiento estudiado. Los hallazgos representan así, parte de la «cabeza del témpano» de los problemas vinculados con la relación médico-paciente, que esperamos generen hipótesis a probar con diseños explicativos o analíticos pertinentes.

Material y método

Se diseñó un cuestionario semiestructurado con el fin de recoger información a estudiar. El mismo incluyó opciones de respuestas pre-codificadas y preguntas abiertas para aquellas variables orientadas a un análisis cualitativo de las respuestas que se pretenden estudiar.

A fin de analizar la aceptabilidad del mismo y facilitar su comprensión, el mismo fue pre-testado en el Sanatorio N° 1 del Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay. Se trató además de evidenciar dificultades del formulario y respuestas de los sujetos.

Universo

Las entrevistas se realizaron a pacientes internados en el Hospital Maciel y Sanatorio de IMPASA. Se realizó un estudio no probabilístico, de tipo casual; por lo tanto, la población estudiada no fue considerada como una muestra de la población total hospitalizada. No se analizó la relación médico paciente en sí, sino al paciente hospitalizado que constituye la unidad de análisis de este trabajo.

Se realizaron 60 entrevistas, 30 del sector público y 30 del sector privado (Cuadro I).

Relevamiento de datos

Se logró mediante un procedimiento que combinó el registro de datos de las historias clínicas (referidos a las variables a estudiar) con entrevistas a los pacientes. Estas aportaron información destinada a describir y presentar el análisis de las variables antedichas que se pretendían estudiar.

Los criterios de inclusión-exclusión fueron los siguientes:

- a) Se entrevistaron pacientes que cursaban el segundo o más días de internación en los servicios mencionados, en el supuesto de que en ese plazo, el equipo tratante, había tenido suficiente tiempo para brindar información al enfermo acerca de su enfermedad;
- b) se seleccionaron pacientes cuya enfermedad era diagnosticada por primera vez y que era el motivo de su primer ingreso al servicio. Se excluyeron así pacientes crónicos con múltiples ingresos anteriores por la misma causa (asmáticos, epilépticos, diabéticos, etc.). Se intentó así, eliminar el peso que sobre la información pudieran tener experiencias anteriores similares a la actual hospitalización;
- c) se excluyeron pacientes portadores de enfermedades fatales debido a las posturas disímiles que existen en

nuestro país acerca de la comunicación de un diagnóstico y pronóstico ominoso para el paciente;

- d) se excluyeron individuos mayores de 70 años y enfermos que no pudieran ser entrevistados personalmente, ya sea por su gravedad o por ser portadores de déficit sensoriales severos o trastornos síquicos agudos o crónicos. Se intentó eliminar así, aquellos individuos que no tenían información acerca de su enfermedad por otros motivos diferentes a la ausencia de una comunicación adecuada entre médico y paciente.

La encuesta se realizó con desconocimiento de los médicos tratantes del objetivo del estudio, no así de las autoridades técnicas de la institución.

Las encuestas se realizaron en días sucesivos y áreas de internación diferentes para evitar el peso del comportamiento de ciertos técnicos en los resultados, asegurándose que los pacientes fueran atendidos por equipos de salud diferentes.

Aspectos éticos

La entrevista se realizó no sólo con el obvio consentimiento del encuestado, sino con la explicación previa del objetivo de la investigación. Es de destacar, que ningún paciente se negó a ser entrevistado.

De comprobarse que la desinformación del paciente podría afectar el curso de la enfermedad y el éxito del tratamiento instituido, el encuestador se comunicaba con el equipo de salud tratante para intentar subsanar la carencia mencionada.

Definiciones operacionales

- 1) Paciente. Individuo que concurre a los servicios de salud buscando satisfacer una necesidad real y/o sentida de atención médica.
- 2) Diagnóstico. Determinar el carácter y nombre de la enfermedad en base a la experiencia que hasta ese momento haya brindado la relación médico-paciente. Implica además, determinar la presunción de la etiología, evolución y pronóstico, en la medida que los conocimientos médicos y estudios realizados acerca de la enfermedad lo permitan.
- 3) Autopercepción de la enfermedad. Comprende la definición de la enfermedad del paciente desde su propio punto de vista en base a sus percepciones y evaluaciones de la información recibida en la relación médico-paciente.
 - A. Sin autopercepción o con autopercepción distorsionada. Comprende situaciones donde el individuo no sabe qué enfermedad tiene, o percibe una enfermedad diferente a la diagnosticada.
 - B. Autopercepción parcial. Comprende situaciones donde el individuo: **a)** menciona solamente órganos, aparatos o síntomas; **b)** describe la enfermedad (sin mencionarla) por consecuencias y atributos no comprendidos en 1; **c)** menciona la enfermedad con un nombre diferente a la diagnosticada pero refiriéndola a los órganos, aparatos o tejidos afectados.

CUADRO I.
Características de los pacientes

Procedencia:	Hospital	30	
	Sanatorio	30	
	Total	60	
Sexo:	Masculino	32	
	Femenino	28	
Edad: (en años)	Hospital	Mediana	59.5
		Promedio	54.2
		Rango	18-70
	Sanatorio	Mediana	50
		Promedio	47.4
		Rango	19-69

- 4) Autopercepción completa. Comprende situaciones donde existe una estricta correspondencia con el diagnóstico médico.
- 5) Información adecuada. Información percibida y evaluada como suficiente, tanto en contenido como en cuantía, con un nivel técnico y lingüístico aceptable para quienes la brindan y para quienes se benefician con ella, en consonancia con el nivel sociocultural de la población que la recibe, pero no por ello carente de base científica o de menor calidad.
- 6) Causa de no reinterrogación. Motivo por el cual los pacientes hospitalizados que consideraron inadecuadas la información del diagnóstico de la enfermedad no solicitaron explicaciones técnicas y lingüísticamente apropiadas al nivel de sus preguntas. Estos motivos se reagrupan en tres categorías básicas: a) referidas al paciente: vergüenza, timidez, olvido; b) referidas al médico: creían que era deber del médico explicar, el médico tenía poco tiempo; c) referidas al relacionamiento en sí: reinterrogó pero no obtuvo respuesta clara o no obtuvo ninguna respuesta.
- 7) Nivel socioeconómico y educacional. A los fines de este trabajo se definen como grupos humanos de la

sociedad, que presentan una relativa similitud de aquellos elementos distribuidos desigualmente en ella (12).

La estratificación social de la población se realizó utilizando la escala simplificada de Marcel Graffar (Cuadro II) (13). Dicha escala define 5 niveles socioeconómicos educacionales, correspondiendo el nivel 1 a los más «altos» y el 5 a los más «bajos». Los criterios utilizados fueron la ocupación, el nivel de educación formal y la fuente de ingresos. Sobre la base de estas tres dimensiones se construyó un índice que permitió recomponer la variable compleja nivel socioeconómico y educacional. Dado el pequeño tamaño de la muestra estudiada, fue necesario reagrupar los niveles obtenidos y redefinirlos en tres niveles básicos: medio-alto (corresponde a los niveles 1 y 2), nivel medio (corresponde al nivel 3) y nivel medio bajo (corresponde a los niveles 4 y 5).

Análisis de datos

En líneas generales el análisis fue de tipo descriptivo y se circunscribió a la realización de tablas dicotomizadas, diferencias porcentuales, tipificación de respuestas, elaboración de hipótesis.

El análisis estadístico de los datos se realizó estudiando un ordenador televideo-telecat con un programa Systat versión 3.0, subprograma Data y Tables, con los test de chi cuadrado de Pearson y rho de Spearman (test de correlación por rangos no paramétrico).

Resultados

Muestra

La población entrevistada (Cuadro I) comprendió 30 pacientes provenientes de un hospital público y 30 de un sanatorio privado. De ellos, 32 fueron del sexo masculino y 28 del sexo femenino. La edad promedio fue de 54.2 para los pacientes hospitalarios y de 47.4 para los del sanatorio privado.

La distribución de la población por niveles socioeconómicos y educacionales según la escala de M. Graffar fue la que se observa en el cuadro II.

Los diagnósticos de ingreso (Cuadro III) se distribuyeron

CUADRO II.
Estratificación social de la población estudiada

Nivel socioeconómico y educacional	Procedencia					
	Hospital	%	Sanatorio	%	Total	%
Medio alto	0	0	26	43.3	26	43.3
Medio	1	1.6	4	6.6	5	8.3
Medio bajo	29	48.3	0	0	29	48.3
Totales	30	49.9	30	49.9	60	99.9

CUADRO III.
Patología presente en la muestra estudiada
ordenada por sistemas

Diagnóstico	N	%
1. Enf. cardiovasculares y accidente vascular encefálico	7	45
2. Enf. broncopulmonares	12	20
3. Enf. renales	4	6.7
4. Enf. hepáticas	3	5
5. Enf. osteoarticulares	7	11.6
6. Enf. dermatológicas	4	1.7
7. Enf. neurológicas	5	8.3
8. Enf. hematológicas	1	1.7
Total	60	100

CUADRO V.
Número de pacientes según tipo
de autopercepción de enfermedad

Tipo de autopercepción	N	%
1. Menciona órganos, aparatos o síntomas o ambos	7	11.7
2. Menciona el diagnóstico médico	25	41.7
3. Menciona una enfermedad diferente a la diagnosticada	5	8.3
4. Describe la enfermedad por consecuencias o atributos no comprendidos en 1	6	10
5. No sabe qué enfermedad tiene	6	10
6. Menciona la enfermedad con nombre diferente al diagnóstico médico	11	18.3

con mayor frecuencia en los sistemas cardiovascular (45%), respiratorio (20%) y osteoarticular (11.6%).

Información

El cuadro IV muestra el porcentaje de pacientes que dicen haber recibido información de su médico tratante durante el proceso de hospitalización. El rubro motivo de la internación (63.3%) es el que muestra valores más altos; la información sobre la duración presuntiva y causa de la enfermedad se recibiría en 36.7% y 35% respectivamente; el ítem en que menos información recibiría el paciente sería el de la probable evolución de la enfermedad con 25% de los encuestados. Solamente 12% de los pacientes recibieron información acerca de todos los ítems mencionados.

Autopercepción diagnóstica

Al analizar el tipo de autopercepción de enfermedad que tienen los pacientes como resultado de la CIAE (Cuadro V) se destaca que 41.7% menciona el diagnóstico médico en las entrevistas; además, 10% declara no saber qué enfermedad tiene. Otro 11.7% no designa enfermedad alguna, refiriéndose a la misma según su localización, manifestaciones externas o subjetivas. Por otra parte,

CUADRO VI.
Número de pacientes según modalidad
de autopercepción de la enfermedad

Modalidad de autopercepción	N	%
1. Sin autopercepción o con autopercepción distorsionada	11	18.3
2. Autopercepción parcial	24	40
3. Autopercepción completa	25	41.7
Totales	60	100

más de la cuarta parte de los enfermos (26.6%) menciona ya una enfermedad diferente a la diagnosticada, ya un nombre diferente de la enfermedad dada por el médico.

En el cuadro VI se reagrupan estas respuestas bajo forma de una escala ordinal más resumida. Casi 60% de los pacientes presentan autopercepciones parciales o distorsionadas de su enfermedad.

CUADRO IV.
Número de pacientes que dicen haber recibido información de su médico tratante durante la hospitalización

Tipo de información	Número de pacientes			
	SI	%	NO	%
Motivo de la internación	41	68.3	19	31.7
Duración presuntiva de la hospitalización	22	36.7	38	63.3
Causa de la enfermedad	21	35	39	65
Evolución probable	15	25	45	75

CUADRO VII.

Modalidad de autopercepción e información de la causa de la enfermedad

Información de la causa	Información de la causa de la enfermedad				Totales
	Sin autopercepción o autopercepción parcial		Autopercepción completa		
	N	%	N	%	
si	5	8.3	16	26.6	21
no	30	50	9	15	39
Totales	35	58.3	25	41.6	60

Chi cuadrado (Yates)= 13.43 p < 0.001

CUADRO VIII.

Modalidad de autopercepción e información de la causa y evolución de la enfermedad, motivo de la internación y duración presuntiva

Información brindada	Modalidad de autopercepción		
	Sin autopercepción o autopercepción parcial	Autopercepción completa	Totales
SI	2	5	7
NO	11	0	11
Totales	13	5	18

CUADRO IX.

Modalidad de autopercepción de enfermedad y nivel socioeconómico y educacional de los pacientes hospitalizados

Nivel socioeconómico y educacional	Modalidad de autopercepción de enfermedad				Totales
	Autopercepción parcial o ausente		Autopercepción completa		
	N	%	N	%	
Medio alto	11	18.3	15	25	26
Medio	2	3.3	3	5	5
Medio bajo	22	36.6	7	11.6	29
Totales	35	58.3	25**	41.6	60

Rho de Spearman = 0.3285 t = 2.72**

El análisis de la modalidad de autopercepción de enfermedad en los pacientes que recibieron información acerca de la causa de su enfermedad se observa en el cuadro VII. Entre los 35 enfermos sin autopercepción o con autopercepción parcial, 30 no recibieron información de la causa de su enfermedad. Las diferencias son estadísticamente significativas.

La modalidad de autopercepción en los pacientes que recibieron información acerca de la causa, evolución

probable, motivo de la internación y duración de la misma se observa en el cuadro VIII. De los 7 pacientes que recibieron dicha información, 5 presentaron una autopercepción completa de la enfermedad.

El cuadro IX agrupa los pacientes según la modalidad de autopercepción, estudiando su distribución por niveles socioeconómico y educacionales. 58.3% de los enfermos tiene una autopercepción parcial o nula de su enfermedad, correspondiendo 36.6% a los estratos medio bajos

CUADRO X.

Autopercepción del nivel de adecuación de la información

Nivel de adecuación	N	%
1. Total	30	50
2. Parcial	14	23.3
3. Nula	16	26.7
Totales	60	100

de la población. De 41.6% que tiene una autopercepción completa, 25% pertenecen a los estratos medio altos. Las diferencias son estadísticamente significativas.

Adecuación de la información médica

El cuadro X señala la autopercepción del nivel de adecuación de la información médica.

Se observa que ella es total en 50%, parcial o nula en otro 50%. Más de la cuarta parte de los enfermos hospitalizados percibe la información recibida acerca del diagnóstico de su enfermedad como totalmente inadecuada, incomprensible, tanto desde el punto de vista técnico como lingüístico.

Como se observa en el cuadro XI, existen dos causas de inadecuación de la información recibida: que el médico no explica nada o que el mismo explicó, pero no fue claro cuando lo hizo.

Cuando se pregunta a los pacientes que declaran haber recibido una información inadecuada, por qué no reinte-

rogaron al médico para aclarar sus dudas (Cuadro XII) los mismos señalan las siguientes causas: referidas a la persona del médico (creían que era deber del médico explicar, el médico tenía poco tiempo) en 60%; referidas a la relación en sí (reinterrogó pero no obtuvo respuesta clara, o no obtuvo ninguna respuesta) en 36.7% y referidas al paciente (vergüenza, timidez u olvido) en 3.3%.

Discusión y conclusiones

La relación médico-paciente es de compleja estructura. Dentro de ella se destaca la trascendencia de la CIAE para el logro de los objetivos específicos de la acción médica. A pesar que nadie pone en duda la relevancia de la CIAE en la práctica cotidiana, son pocas las investigaciones sobre aspectos concretos de ella en nuestro medio.

La mayoría de los médicos entrega poca información al paciente, hecho que se agudiza en situaciones que constituyen mayor demanda a la persona del tratante (por ej., pronóstico y evolución de la enfermedad). Esta conducta podría representar una importante deficiencia en el cuidado médico del enfermo hospitalizado.

Los resultados obtenidos en este trabajo permitirían plantear la hipótesis de que los médicos de las áreas de internación públicas y privadas de nuestro medio entregan poca o ninguna información acerca de la enfermedad a sus pacientes y si lo hacen, ella es ineficaz.

Otros autores, (14-18) obtienen resultados similares a éstos, aunque no comparables, ya que las muestras tienen características distintas. Aun así ellas muestran una tendencia generalizada de la conducta médica a retener información.

Los resultados en el área de las autopercepciones diag-

CUADRO XI.

Motivo por el cual las explicaciones del médico no se percibieron como adecuadas (adecuación parcial + nula)

Motivo	N	%	% del total
1. El médico no explicó nada	11	36.7	18.3
2. El médico no fue claro	19	63.3	31.6
Totales	30	100	49.9

CUADRO XII.

Causas que impidieron aclarar las explicaciones percibidas como inadecuadas durante el relacionamiento

Causas	N	%	% del total
1. Referidas al paciente	1	3.3	1.6
2. Referidas al médico	18	60	30
3. Referidas al relacionamiento en sí	11	36.7	18.3
Totales	30	100	49.9

nósticas de los pacientes, permitirían plantear una segunda hipótesis: la forma en que los pacientes definen su patología —basada en la información recibida— es parcial, errónea o nula en la mayoría de los casos de los individuos hospitalizados.

Las modalidades completas de autopercepción son más frecuentes no sólo cuando el paciente recibía más información acerca del motivo de internación, evolución y duración presuntiva de la misma, sino también cuando recibían información acerca de la causa de su dolencia. Estos últimos resultados, evidenciarían que el cuadro que de la enfermedad tiene el paciente podría estar determinado en gran parte por la necesaria noción de causalidad que todos tenemos en situaciones similares.

Las observaciones obtenidas permiten afirmar que la CIAE es un factor de peso en el tipo de autopercepciones diagnósticas de los pacientes hospitalizados. Asimismo resaltan la necesidad de poner mayor énfasis no sólo en la información sino también en la educación de los enfermos.

Por otra parte, la CIAE, en la muestra estudiada, es menos eficaz entre los pacientes de niveles socioeconómico y educacionales más bajos. Ellos obtienen autopercepciones completas con menor frecuencia, situación inaceptable si se tiene en cuenta que es el sector de la población que más necesita de una información adecuada. Estos resultados concuerdan con la bibliografía consultada (7,17,19), que además ponen de manifiesto diferencias similares con respecto al nivel de educación formal.

Tal como muestra el cuadro X, 50% de los pacientes perciben la información brindada como parcial o totalmente inadecuada. En casi un tercio de los casos, las causas son atribuidas a médicos, que podrían haber considerado innecesaria la CIAE a sus pacientes o, conciente o inconcientemente, la retuvieron con fines distintos a los de la relación médico-paciente en sí. De acuerdo con este grupo de resultados, los pacientes hospitalizados tienen necesidades que no son satisfechas con la información ofrecida por los médicos tratantes, y éstos podrían ser los responsables de la situación en un alto porcentaje de los casos. Es de destacar que la alta proporción de insatisfechos se da incluso en la población hospitalaria que generalmente tiene un bajo nivel de aspiraciones debido al concepto —no superado aún— de que atención médica equivale a un beneficio y no a un derecho.

La bibliografía consultada permite explicar algunos de los resultados obtenidos en esta investigación.

Así, las características demográficas de los pacientes (edad, sexo, raza, educación, ubicación social) influyen en el flujo de la comunicación. Entre ellas destacamos el nivel educacional que aporta conocimientos que pueden ser de importancia en el momento de definir la enfermedad con la información recibida. El nivel cultural también podría influir en la capacidad de asimilar, intelectual y afectivamente, esa información e integrarla a los propios procesos mentales.

El grado en que la enfermedad está asociada a un riesgo vital, condiciona la forma de procesar los datos recibidos, los tipos de autopercepciones elaboradas y las modificaciones subjetivas de lo que se recuerda del relacionamiento en sí. El nivel en que se encuentra el proceso diagnóstico y/o terapéutico y el grado de autocuidado que

la enfermedad exige (como en las patologías crónicas) podrían influir en la comprensión cognitiva de la misma.

En lo que respecta a los médicos, los factores propiciadores o inhibidores de la CIAE serían múltiples. La capacidad del profesional de percibir las necesidades de información de sus pacientes y la convicción de la utilidad de la misma son factores básicos, muchas veces influidos por los años de práctica, estilo de trabajo y la especialidad que se ejerce.

El proceso informativo también está influido por las actitudes personales relacionadas con la satisfacción del médico respecto a su profesión, sus logros, su autoevaluación de eficacia, su vocación por el cuidado de los enfermos y el manejo de las relaciones interpersonales que son de gran costo emocional y consumidoras de tiempo.

La información otorgada y las autopercepciones de los pacientes están condicionadas también por la terminología médica. Según estimaciones publicadas (14,20) el vocabulario total de los tecnicismos médicos, incluyendo aquellos que hacen referencia a los aspectos psicosociales, comprende unas 100.000 palabras que se interponen en la comunicación con el paciente. A ellos se suman las diferencias lexicológicas y sintácticas que separan el lenguaje de los estratos sociales «cultos» del de los estratos sociales populares. Traducir esa jerga especializada a términos comprensibles equivale a un gasto de tiempo y paciencia al cual no todos los profesionales están dispuestos en el momento de la consulta.

Motivaciones psicosociales distintas a las específicas de la relación médico paciente podrían determinar la cantidad de información durante el relacionamiento. La información, en la medida que elimina o reduce la incertidumbre acerca de la enfermedad, permite al paciente seleccionar su propia acción futura con mayor libertad e independencia de la acción médica. Manteniendo la incertidumbre, algunos médicos podrían aumentar o reafirmar su poder frente al paciente, satisfaciendo así una necesidad psíquica interior que se contrapone con los objetivos de su acción. Por otra parte, esta actitud de los profesionales, conciente o no, podría verse como un aspecto del monopolio del conocimiento médico que sostiene la estructura, composición orgánica y funcionamiento de la práctica médica actual (17).

El relacionamiento en sí y el proceso informativo en especial, están condicionados por el nivel socioeconómico y cultural del paciente. Nuestros resultados sugieren estas afirmaciones a nivel de las autopercepciones diagnósticas así como la bibliografía a que hemos tenido acceso (3,17,19,21). Una de las razones más importantes de la diferente conducta médica frente a la extracción social de sus pacientes, radica justamente en el origen social de la mayoría de los profesionales. La relación médico paciente con enfermos de niveles socioeconómicos y educacionales altos se realiza entre individuos socialmente iguales, o al menos entre integrantes de una misma élite. Dado que la relación médico paciente es una relación de poder con marcada asimetría entre sus protagonistas, el poder económico del paciente, de gran peso social, tiende a alterar el poder del médico, lo cual condiciona flujos mayores de información.

El nivel socioeconómico y educacional condiciona ade-

más las características del lenguaje verbal y no verbal. Los médicos encontrarían dificultades en identificarse con el lenguaje de los pacientes de niveles «bajos». Su forma de hablar y su capacidad de comprensión resultan lentas y pesadas. La opinión de los médicos acerca del pobre nivel cultural de sus pacientes, su ignorancia y preconceptos, hace que 20% de ellos considere conveniente dar órdenes sin comentarios, en vez de consejos argumentados. El enfermo, al captar este rechazo, no se atreve a iniciar o reiniciar la conversación con el médico; si lo hace, su propia actitud podría resultarle incómoda e impertinente (14).

Fuera de estas consideraciones, la situación que evidencian estos resultados impiden establecer amplias superficies de contacto en la relación médico-paciente, indispensables para que el enfermo conozca mejor su situación, encuentre incentivos para superar sus problemas, esté dispuesto a aprender y a asumir responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios y los de su colectividad. Así, una CIAE inapropiada puede constituirse en un obstáculo de magnitud en la atención primaria en salud, sobre todo en los sectores marginados de la sociedad, en cuanto impide el desarrollo de poblaciones participativas en sus propios procesos de salud, enfermedad y muerte.

Aunque esta investigación se circunscribe a áreas de internación, la bibliografía consultada y la experiencia clínica acumulada, nos permiten suponer que estas actitudes del equipo de salud se reproducen a nivel del ambulatorio del hospital, emergencia y centros periféricos de atención primaria (22). Incluso, las acciones de la medicina preventiva podrían verse seriamente afectadas por una información inadecuada que impida darle un sentido a las instrucciones del médico. En los consultorios periféricos materno-infantiles, por ej., las razones y conocimientos que fundamentan las normas de puericultura, los planes de inmunización, la planificación familiar, quedan generalmente implícitos en el discurso médico cuando en realidad deberían ser una información prioritaria. Si los beneficiarios ofrecen alguna resistencia a las sugerencias brindadas, ellas se eliminan en base a las consecuencias negativas que sobrevendrán en la salud de los niños, como si fueran sanciones o amenazas, o en base a la suspensión de la escolaridad o beneficios sociales.

El perfil de los procesos de información, en las condiciones y con los instrumentos con que fue evaluado, tiende a mostrar que los médicos no informarían adecuadamente a los pacientes hospitalizados o si lo hacen, la comunicación sería ineficaz e ineficiente, lo cual concuerda con la bibliografía consultada (4,18).

Los resultados muestran carencias que se magnifican si se piensa que la situación se observó en áreas de internación, donde hay más tiempo para atender a los enfermos. Y que además, la mitad de los pacientes encuestados se hallaban en salas que dependen de cátedras de la Facultad de Medicina donde, por su carácter de docentes, los médicos constituyen el principal patrón de conducta modelador de la personalidad de los futuros médicos y profesionales de otras carreras de la salud.

Si bien las características de la muestra y la metodología utilizada constituyen un serio obstáculo a la generalización de los resultados obtenidos, pensamos que ellos permitirían crear espacios para la reflexión sobre estos problemas y

despertar interés por nuevas investigaciones en el área. Estas serán herramientas útiles para enriquecer el proceso enseñanza-aprendizaje en los hospitales docentes.

La CIAE es una parte importante de la práctica médica. La mayor parte de los profesionales, con un concepto totalmente mecanicista de los procesos de salud-enfermedad y muerte, han subvalorado la participación de la población sana y enferma en las acciones de salud, impidiendo un control cognitivo adecuado en la superación de sus propios problemas. Es obvio que una buena comunicación requiere tiempo y afecto, y las condiciones del trabajo médico en nuestro país no siempre permiten brindarlos espontáneamente. Pero el esfuerzo por perfeccionar la comunicación con nuestros pacientes se impone y este esfuerzo debe llevarse a cabo, como lo afirma Waitskin (21), teniendo en cuenta que él demanda la combinación de las más valiosas características que la práctica médica debiera siempre tener: humildad y conciencia de la responsabilidad que sobre la vida de los demás nos cabe.

Agradecimientos

A la socióloga Miriam Mitjavila por el asesoramiento brindado.

Al Departamento de Informática de la UCUDAL y en especial a la Prof. Mónica Beltrami por el procesamiento estadístico de los datos.

A Alexander Sitkewich, porque el tiempo dedicado a este trabajo fue extraído, en parte, al que nos correspondía en la relación padre-hijo.

Résumé

60 entretiens furent réalisés à des patients hospitalisés à un hôpital publique et un autre privé. Le but en fut d'évaluer l'information sur la maladie (CIAE) fournie par le médecin et testée selon les perceptions du malade. Le motif de l'hospitalisation, le diagnostic de la maladie, sa durée, son origine et son évolution furent analysés. 12% seulement des patients reçut des renseignements sur ces aspects. 60% révèle des interprétations incomplètes ou erronées de leur maladie; plus de 18% ignore absolument quelle est leur maladie ou nomme une maladie qui n'est pas la leur; 50% des malades déclara que l'information était mauvaise, dont 60% responsabilisa le médecin.

La CIAE montre qu'il y a une tendance du médecin à garder pur lui l'information et que, lorsqu'il la donne, elle est inadéquate surtout pour les patients à bas niveau social. Il faudrait faire des études plus approfondies pour confirmer tous ces résultats.

Summary

Sixty interviews were carried out among patients admitted in a public hospital and in a private one. Doctor-patient communication of information about the illness (DPCI), particularly how the patient perceives it, were studied. Diagnosis, reasons of hospitalization, likely stay in the wards, cause and likely course of the disease, were the items studied.

Only 12% of the surveyed patients received information

about all the previous items. Almost 60% of the patients have incomplete perceptions or misperceptions about their disease. More than 18% of them are unaware of their ailment or describe an illness that differs from their doctor's diagnosis.

Fifty percent of the patients perceived the information given as inadequate and incomplete as regards their expectations. Of the above number, 60% reported that doctors were responsible for these low levels of communication.

The communication pattern between patient and physician was less effective when the patient belonged to a lower socioeconomic status.

DPCA continues to show the troublesome classical pattern: medical doctors are used to withhold information, and there prevails a bias to release less information to the patients in the least social favorable conditions. These results should be confirmed by analytical researches.

Bibliografía

1. **Balint M.** El médico, el paciente y su enfermedad. Buenos Aires: Libros Básicos, 1961.
2. **Golc A.** La relación médico paciente en la práctica clínica. Rev Med Child 1983; 111:61-5.
3. **Lain Entralgo P.** Antropología médica para clínicos. Barcelona: Salvat, 1986: 343-62.
4. **Goic A, Cordella P, Aravena L et al.** Evaluación de la relación médico paciente en salas de un hospital docente. Rev Med Chil 1985; 113:639-46.
5. **Hernández G, Alvarado R, Matus P, Pérez Cortez C.** Estudio descriptivo de la relación médico paciente. Rev Med Chil 1985; 113:732-7.
6. **Jensen PS.** The doctor patient communication: headed for impasse or improvement? Ann Inter Med 1981; 95: 771-96.
7. **Malpiede D, Leff M, Wilson K et al.** Assessing interaction between medical trainees and parents of pediatrics patients. J Med Educ 1982; 57:696-700.
8. **Masci CB.** Aspectos da interação medico paciente e sua importancia na abordagem e seguimento do doente. Rev Bras Clin Terap 1981; 10(10): 767-72.
9. **Mitjavilla M.** El contexto social de la hospitalización: un estudio de casos. Montevideo: Facultad de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva y Social. Mayo de 1988. Documento de circulación interna.
10. **Milles RG, Morales JC.** El médico general y el paciente con cáncer. An Fac Med (Montevideo) 1981 4(2): 59-68.
11. **Sarro L, Luciani S.** El niño leucémico y la información médica. Arch Pediatr Urug 1981; 52 (3): 161-8.
12. **Errandonea A.** Manual de Introducción a la Sociología. Montevideo: Fondo de Cultura Universitaria, 1986: 105-37.
13. **Sitkewich A, Grunberg J.** Un método simplificado de clasificación social. Courrier 1978; 31(5): 485-94.
14. **Boltansky L.** A relação doente-médico. In: As classes sociais e o corpo. Rio de Janeiro: Geral, 1989: 37-89.
15. **Francis V, Korsch MD, Morris M.J.** Gaps in doctors-patient communication. N Engl J Med 1969; 280:535.
16. **Maya JC, Reynales H, Llanos G.** ¿El médico informa adecuadamente a los pacientes? Bol Of Sanit Panam 1984; 97(1): 26-31.
17. **Miranda de Siqueira M.** Organización de la práctica médica: que hable el paciente. Cuad Med Soc Rosario 1986; 36:41-60.
18. **Roizblatt A, Cueto G, Alvarez P.** Diagnóstico y tratamiento: ¿qué saben nuestros pacientes? Rev Med Chil 1984; 112:355-8.
19. **Epstein A, Taylor W, Seage G.** Effects of patient's socioeconomic status and physician training and practice on doctor patient communication. Am J Med 1985; 78:101-6.
20. **Lund M.** Inobservancia de la prescripción médica. Hexágono 1976; 3(4):6-11.
21. **Waltzkin H, Stoeckle JD.** Comunicación de información acerca de la enfermedad. Consideraciones clínicas, sociológicas y metodológicas. Actual Psicol (La Habana) 1980; 2(2):3-59.
22. **Dubach UC, von Reckenberg KM.** Comprensión de la enfermedad por parte del paciente y la relación médico-paciente en los consultorios externos. Med Alemana 1977; 28(12): 2515-26.

Sualax

cápsulas entéricas de Vaselina Mineral
1.10 gr. de liberación intestinal

- o Precisión de dosis .
- o Sin gusto, regusto u olor.
- o Óptima estabilidad.
- o La forma farmacéutica más natural,
- o Fácil de deglutir.
- o Bien tolerada y rápida acción.

Spefar