

¿Quieren nuestros pacientes saber la verdad?

Dr. Carlos A. de la Vega Cums¹

Dr. Rainer Capote Alfonso²

Dra. Yainely Villanueva Amador³

Lic. Yanlis Rodríguez Veiguela, MSc.⁴

RESUMEN

En nuestra práctica médica es habitual ocultarle al paciente su diagnóstico, cuando este es fatal. En Cuba apenas existen investigaciones que evalúen cómo piensa el cubano actual sobre este aspecto. Conocer cómo piensa la población de Cárdenas sobre la información médica verídica fue el objetivo de esta investigación, en la cual se realizó una entrevista de tipo cerrada y se evaluaron aspectos que pueden influir en la opinión emitida, como la edad, sexo, nivel educacional y estado de salud. Se determinaron medidas de tendencia central, se aplicó el Análisis de Varianza para determinar si las diferentes variables influían en la opinión. Entre los resultados obtenidos destaca que el 79,4% de los encuestados prefería la información médica verídica; en otros aspectos evaluados, aunque hubo variaciones, seguían prefiriendo la verdad.

Palabras claves: *Información médica; comunicación de la verdad; relación médico-paciente; paternalismo.*

INTRODUCCIÓN

Cuando un paciente acude al médico se crea una relación especial, una sociedad, donde el enfermo deposita su confianza en el hacer honesto y acertado del galeno. Por su parte, el médico espera veracidad en la descripción del cuadro clínico y que el paciente siga sus instrucciones con fidelidad. Pero la sociedad no existiría, si los implicados no tuvieran confianza recíproca; o sea, no se manifestase la verdad^{1,2}, de ahí que faltar a esta verdad puede traer efectos desfavorables, sobre todo al paciente, pues mentir no es sólo faltar a la verdad o decir una cosa por otra: mentir también es no decir la verdad completa. Sobre todo cuando, por una verdad a medias, se induce a hacer algo que, con la verdad plena, no habría hecho, o hecho de otra manera¹. Esto es lo que ocurre cuando el médico calla un diagnóstico fatal o propone una conducta terapéutica con serias implicaciones de sufrimiento personal o familiar sin una clara explicación.

Nuestra sociedad, en el aspecto médico, tiene ciertas características que nos distinguen de otras. Primero, los servicios de salud son asequibles a todos y totalmente gratuitos, lo cual es una ventaja pues, como médicos, no tenemos el lastre de ver la enfermedad como una mercancía aprovechable. Además, a pesar de ser un país ubicado geográficamente en el área occidental, nuestra conducta social se acerca más al patrón asiático

“Confucionista”, donde la familia tiene un peso primordial y el galeno discute con ésta el diagnóstico y el pronóstico del paciente antes de hablar con el afectado. Si los seres cercanos lo consideran pertinente, el médico tiene la “obligación” de mentir al afectado, siempre y cuando este acto no sea en deterioro del mismo y la familia asuma el papel protector que le corresponde.^{2,3} Esta conducta paternalista puede ser cuestionable, pero aún predomina en nuestro quehacer, creando una disyuntiva a nuestra ética. Otro aspecto es que en nuestro país no existe legislación que dicte pautas sobre la información a los pacientes.

Si siguiéramos a pie juntillas los cuatro principios de la bioética médica anglosajona (muy conocidos en nuestro medio), la actitud protectora o paternalista se vería como una violación de la autonomía del paciente, por parte de aquellos que insisten siempre en la revelación total.^{4,5}

En el complicado mundo de la lógica occidental, la idea de decir la verdad parecería ser la correcta: los médicos deben ser veraces, porque son honestos y porque los enfermos tienen derecho a saber todo lo que les sucede. Sin embargo, en el otro papel, el de la realidad modificada por la enfermedad, las cosas son distintas: no todos los pacientes quieren saber qué es lo que les sucede, no todos tienen la capacidad de manejar esa información y no todos los galenos la transmiten adecuadamente, ni abren las puertas para disipar las dudas que surjan en el futuro. El dilema es inmenso e interesante. El arte radica en saber qué es lo que cada paciente quiere conocer³.

Aún en el marco de la bioética hay un concepto que se puede contraponer a este autonomismo absoluto y es la no maleficencia, pues actuar apegados a la evidencia de los diagnósticos estrictamente -e informarlo- puede acarrear daño a muchos pacientes, psicológicamente no preparados para recibir dicha información.⁶

Algunos autores plantean que, aunque la mayoría de las personas mayores no suele tener miedo a la muerte, sí temen al proceso, al dolor, al abandono, al sufrimiento². Esto no siempre es así, pues el conocimiento sobre lo inminente de la desaparición física, puede imponer un sufrimiento innecesario e intolerable a ciertas personas. En fin, es innegable el derecho que tiene el paciente a saber la verdad, pero también tiene el derecho a no saber.

Ciertos estudios han mostrado que los pacientes en su

mayoría prefieren saber la verdad sobre su salud ^{3,8}, pero otros autores son partidarios del uso de la mentira⁹ o incluso hay quien afirma que las actitudes de los pacientes variarán con la presencia de aspectos como nivel educacional o creencias religiosas ^{9,10}. En Cuba, pocas investigaciones abordan esta problemática.

Si se admite que la aceptación o no de la información médica veraz puede tener influencias económicas, culturales y psicosociales ^{2,1011}, sigue creciendo la incógnita sobre la opinión del cubano actual. Cuba ha sufrido, en las últimas décadas, cambios en el plano económico y cultural, que indudablemente repercuten en la forma de pensar del individuo. ¿Desean nuestros pacientes conocer su estado de salud con total veracidad? Determinar la opinión de la población Cardenense, sobre la información médica veraz de condiciones personales fatales, es el objetivo de esta investigación. Si la actitud de nuestra sociedad ante la verdad, en la información médico-paciente va cambiando, no implicaría que cambie nuestra moralidad, al ocultar a la inmensa mayoría de las personas, sus diagnósticos terminales.

MATERIAL Y METODO:

Se realizó un estudio observacional analítico, prospectivo de corte transversal, para evaluar la opinión de la población a la extendida práctica de ocultar la verdad en la información médica sobre diagnóstico de una enfermedad fatal.

Se realizó en la región de Cárdenas, entrevistando individuos en la población que se atiende en el Policlínico Héroes del Moncada y el Hospital Territorial de la propia ciudad, en el periodo de Noviembre del 2009 a Febrero del 2010.

Universo: Estuvo constituido por la población del Territorio de Cárdenas.

Muestra: Se realizó, un pilotaje en 500 individuos seleccionados aleatoriamente, de entre la población perteneciente al Policlínico Héroes del Moncada y que accedieron en participar. A su vez, para los catalogados como enfermos, también se utilizó este método de selección al azar entre los pacientes ingresados o en consulta externa del Hospital Territorial de Cárdenas.

Criterios de Exclusión:

- Negativa de los pacientes a participar en la investigación.
- Pacientes que hicieron catarsis durante la aplicación de la entrevista.

Operacionalización de las variables:

Sexo: variable de tipo nominal dicotómica, clasificando en masculino o femenino según el sexo biológico.

Escolaridad: variable de tipo cualitativa nominal politómica, clasificando en primario, medio o universitario según el último nivel escolar cursado.

Edad: Cuantitativa continua en intervalos cerrados, los grupos etarios se clasificaron por el autor de la siguiente forma, 20 a 40, 41 a 60, y 61 o más, según los años cumplidos.

Estado de salud: Variable cualitativa nominal dicotómica discrecional, fueron clasificados en sanos y enfermos, según estado de salud en el momento de la entrevista.

Control semántico:

En función de esta investigación se consideró:

Enfermo: cualquier persona que estuviese solicitando valoración médica en el cuerpo de guardia hospitalario, independiente del motivo o que estuviese ingresado en el hospital independientemente del motivo de ingreso.

Sanos: personas que fueron visitadas en su domicilio y que no solicitaban valoración médica ninguna.

Procedimientos: El instrumento de recolección de la información fue una encuesta. (Ver anexo 1) La encuesta fue anónima, tipo pregunta cerrada, aplicada de forma personal, obteniéndose respuestas espontáneas. La encuesta tenía una pregunta y varios aspectos que permitían verificar influencias en la misma como son estado de salud, nivel educacional, etc. La misma fue evaluada por un grupo de psicólogos que laboraban en el hospital en ese momento antes de ser aplicada.

A los resultados se les aplicó el Test de Combrach, para verificar veracidad de la misma. Para determinar las diferencias significativas en variables politómicas se aplica el Análisis de Varianza (ANOVA), este se interpreta a partir del estadístico F que refleja el grado de parecido entre las medias que se están comparando; si el nivel crítico asociado a este es menor que 0.05 se rechaza la hipótesis de igualdad de medias. Las comparaciones múltiples post hoc permiten controlar la tasa de error al efectuar varios contrastes utilizando las mismas medias, lo que permite controlar la probabilidad de cometer errores tipo I al tomar varias decisiones, es por ello que se hace idónea para este análisis.

Los resultados se procesaron utilizando el software SPSS 15.00 y la realización de Tablas y Gráficos fue utilizando el Microsoft Excel.

A todos los entrevistados se le explicó en qué consistía la encuesta y se les pidió su consentimiento para incluirlos en la investigación; además, la misma es absolutamente anónima.

RESULTADOS

En la Tabla 1 se recoge el estado de opinión general, sobre la preferencia o no a que le sea expresado con absoluta veracidad, un diagnóstico fatal si fuera su caso. El 79,4% -o sea 397 de los 500 entrevistados- prefirió que se les informara con absoluta franqueza sus afecciones. Es decir, que 1 de cada 5 encuestados, quiere saber la verdad.

La tabla 2 muestra el comportamiento del estado de opinión relacionándolo con la edad. Estos grupos etarios se seleccionaron arbitrariamente, por las posibles implicaciones psicológicas de la edad, respecto a la opinión individual sobre la salud. Se puede apreciar que la mayoría se comporta igual, favoreciendo la información veraz; pero, en el grupo de 61 y más, el rango de diferencia se estrecha.

En la Tabla 3, donde se relaciona el estado de opinión con los diferentes sexos, se puede apreciar que hubo una aceptación de 79,1 % en los hombres y 79,5 % en mujeres. Ambos géneros se comportan de forma similar ante la opción de saber o no, sobre su afección, prefiriendo la verdad, pues no existió influencia del sexo sobre la respuesta a esta encuesta.

En la tabla 4 se relaciona el nivel educacional con la opción que escogieron los encuestados respecto a la información médica veraz. Con independencia del nivel, la mayoría prefirió optar por la verdad, oscilando entre 73,6 %, como valor inferior -en el nivel básico- hasta 84,8 % recogido entre los encuestados de nivel superior. Al analizar estos resultados, se constató que no había influencia en el nivel educacional sobre la decisión de recibir o no la verdad sobre su estado de salud.

En la Tabla 5, que relaciona la opinión con estado de salud, se observa que, aunque hay diferencias -con 87,8 % para los sanos y 71,3 % en los enfermos-, la mayoría de los entrevistados, enfermos o no, prefieren conocer su estado real de salud. Esto fue confirmado al practicar el análisis estadístico y constituye uno de los aspectos más interesantes de esta encuesta pues, indudablemente, se consideraba que esto podía influir.

DISCUSION

Tabla 1

Los resultados coinciden con otras investigaciones, en el hecho de que la mayoría de los pacientes prefieren la verdad ^{2,8-10} y están en contradicción con nuestra conducta habitual de ocultar los diagnósticos fatales a los pacientes. La moralidad del hacer médico cotidiano, en este sentido, queda en cuestión, pues los resultados sugieren que nuestra población desea saber su verdad. Esto no quiere decir que se les ofrezca a todos los pacientes una verdad sin cortapisa. El galeno debe saber cómo dosificar esta información o incluso si en pacientes específicos ésta no debe ser ofrecida, pues también hay un derecho a no saber y se aprecia en la encuesta que hay un grupo no despreciable (20,6%) que prefiere la omisión. Informar no es un acto, es un proceso. Una solución para respetar la autonomía del paciente podría ser que en el interrogatorio obligado de nuestras Historias Clínicas, existiera un acápite que recogiera este sentir.

Tabla 2

Al aplicar el ANOVA se constata que, de forma general, no es significativa la diferencia de edad en la actitud de los pacientes ante la información verídica; pero el rango de 61 y más años, muestra una mayor proporción de negativa a la información. Esto puede expresar que los entrevistados en este rango de edad, son más susceptibles a recibir información que no sea adecuadamente dada, o incluso preferir que se les proteja de esa realidad, que ya puede apreciarse como algo cercano. No se encontró referencias cubanas ni en la literatura internacional, para confrontar estos resultados.

Tablas 3 y 4

Por la semejanza de los resultados se puede discutir ambas tablas juntas, tanto al comparar los sexos, como los grupos con los diferentes niveles educacionales. Se constató que predomina la preferencia por la verdad en la comunicación de su situación en el orden médico. Esto coincide con lo expuesto tanto por autores cubanos como foráneos ^{6,7,11}.

Tabla 5

Aquí se evalúa los deseos de los encuestados en la información que recibirán respecto a su estado de salud; sigue predominando el deseo de saber su realidad pero, aunque no sea significativa la diferencia, si hay un porcentaje (28,7%) de los pacientes que se niegan a saber todo, con absoluta franqueza. Estas personas, aunque sean una minoría, deben ser detectados y acompañados en su evolución con el tacto que corresponde. No se encontró otra investigación que abordara la información de esta manera para poder confrontarla, con nuestros resultados.

CONCLUSIONES

- La mayoría de las personas encuestadas prefieren ser informados de la verdad sobre su estado de salud.
- Condiciones como el sexo, la edad, nivel educacional o estado de salud, aunque muestran diferencias, no son definitorios de la opinión respecto al deseo de una información médica veraz.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - Manipulación de la verdad, Monografía disponible en: www.es.shvooom.com Consultado: Agosto/2010
- 2 - Pire Stuart T, Grau Avalo J, Llanta Abreu M. La información médica al paciente oncológico. Rev. Cub. Oncol. 2001; 17(2):105-10
- 3- Mentir o decir la verdad a un paciente ¿Qué es mejor?, disponible en <http://www.universitarios.cl/universidades/salud>.
- 4 – Drane J F. Honestidad en la Medicina: ¿Deberían los Doctores decir la Verdad?; disponible en: www.bioetica.uchile.cl
- 5 - Soberón G, Tarasco M, Kuthy J. Ética e investigación en seres humanos. Perspectivas culturales diferentes: América Latina. Medicina y Ética 1992;1:29-37.
- 6 - Espinosa E, González M, Poveda J. La verdad soportable como eje de la información al paciente con cáncer. An Med Internac. 1993;10(3):147-49
- 7 - Luce JM, Saunders Cecily, Alpers A. End-of-life care: what do the American courts say? Crit Care Med, 2001; 29(2 supl):N40-50
- 8- Baider L, Ever-Hadani P y De Nour AK. The impact of culture on perceptions of patients physician satisfaction. Isr Med Sci 1995;311(23):179-85
- 9- Quijano, Manuel; La mentira en la medicina práctica Disponible en: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no49-4/RFM49401.pdf>

10 - Watzlawick P, Beavin J, Jackson D. Teoría de la comunicación humana. Barcelona; Edit. Herder; 1993.

11- Gherrardi Carlos R; Vida y muerte en Terapia Intensiva. Editorial Biblos, Argentina 2009

12- - Estape J y Estape T. Mejorar la información del diagnóstico al paciente canceroso. Fund. Cient. De la Asoc. Esp. contra el cáncer. En: INFORMA xxv, 1992:13-26

13- Abreu MT y Martin A. Actitudes de alumnos y profesores de medicina ante la comunicación del diagnóstico al paciente con cáncer. Rev Cubana Oncol 1992;8(2):118-22

¹ Médico especialista 1er Grado en MGI, Medicina Intensiva y Emergencia. Máster en Urgencias de Atención Primaria. Profesor Instructor. Hospital Territorial de Cárdenas, provincia de Matanzas.

Email: cdelavega.mtz@infomed.sld.cu

² Residente de MGI

³ Residente de MGI

⁴ Profesora Instructora. Universidad Camilo Cienfuegos, de Matanzas.

TABLA 1 ESTADO DE OPINION GENERAL SOBRE LA INFORMACION MÉDICA VERAZ

OPINION	Entrevistados	%
ACEPTAN	397	79,4
NIEGAN	103	20,6

Fuente: Encuesta.

TABLA 2 ESTADO DE OPINION RELACIONADO CON GRUPOS ETARIOS

RANGOS DE EDAD						
OPINION	20-40	%	41-60	%	61 y mas	%
	(n=196)		(n=196)		(n=108)	
ACEPTAN	162	82,6	160	81,6	72	66,6
NIEGAN	34	17,4	36	18,4	36	33,4

Fuente: Encuesta.

TABLA 3 ESTADO DE OPINION RELACIONADO CON SEXOS

SEXOS				
OPINION	Hombres		Mujeres	
	Entrevistados		Entrevistados	
	(n= 216)	%	(n= 284)	%

ACEPTAN	171	79,1	226	79,5
NIEGAN	45	20,9	58	20,5

Fuente: Encuesta.

TABLA 4 ESTADO DE OPINION RESPECTO AL NIVEL EDUCACIONAL

NIVEL EDUCACIONAL						
OPINION	Básico		Medio		Universitario	
	Entrevistados		Entrevistados		Entrevistados	
	(n= 114)	%	(n= 247)	%	(n= 139)	%

ACEPTAN	84	73,6	195	78,9	118	84,8
NIEGAN	30	26,4	52	21,1	21	15,2

Fuente: Encuesta.

TABLA 5 OPINION RELACIONADO CON ESTADO DE SALUD

ESTADO DE SALUD				
OPINION	Sanos		Enfermos	
	(n= 238)	%	(n=262)	%

ACEPTAN	209	87,8	187	71,3
NIEGAN	29	12,2	75	28,7

Fuente: Encuesta.