

## De la incertidumbre a la aceptación de quien espera un veredicto médico

### From the uncertainty to acceptance of someone who waits a medical verdict

**Carlos Laranjeira**

Enfermero. Doctor en Ciencias de la Enfermería. High School of Health Sciences Jean Piaget. Alto do Gaio Street Lordosa. Portugal

---

#### RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo abarcar el trayecto en materia de vivencias de quien experimenta la inolvidable espera de un diagnóstico, así como validar el modelo teórico representativo de esa experiencia. Se utilizó el Interaccionismo Simbólico y la *Grounded Theory* como referencias: teórica, en el primer caso y metodológica en el segundo. El estudio fue llevado a cabo en una unidad médica de un hospital portugués durante los meses de enero y julio de 2009. Se le efectuaron entrevistas a una muestra constituida por 17 sujetos. Los resultados posibilitaron obtener un modelo teórico mediado por el código «transitar», el cual presentó cuatro patrones: incertidumbre, espera racional, negación y aceptación. Todos los participantes que usaron, en particular, los patrones de incertidumbre y negación se beneficiaron de una relación terapéutica sólida, pautada por el apoyo emocional. La fase diagnóstica está representada como un período crítico, por lo que los profesionales de la enfermería asumen un lugar destacado como promotores en la transición de la angustia a la confianza.

**Palabras clave:** diagnóstico, interaccionismo, transición.

---

#### ABSTRACT

The objective of present paper was to embrace the distance concerning the experiences of someone experimenting the unforgettable wait of a diagnosis, as well as to validate the theoretical model representative of that experience. Symbolic Interact and the Grounded Theory as references: theoretical in the first case and methodological in the second one. The study was conducted in a medical

---

unit of a Portuguese hospital for January and July, 2009. Seventeen subjects were interviewed. The results allowed us to obtain a "to pass" code-mediated theoretical model, which included for patterns; uncertainty, rational wait, negation and acceptance. All participants used particularly the uncertainty and negation patterns had a solid therapeutic relationship lined by emotional support. The diagnostic phase is represented as a critical period that is why the nursing professionals assume a distinguished place as promoters in the transition from the anxiety to confidence.

**Key words:** Diagnosis, interact, transition

---

## INTRODUCCIÓN

La mayoría de los enfermos admitidos en los hospitales para investigaciones diagnósticas, atraviesan un complejo período de espera. Se trata de un período caracterizado por la expectativa que media entre la realización de los exámenes/pruebas de diagnóstico y el momento de conocer los resultados y el consecuente diagnóstico. No saben qué tipo de enfermedad pueden tener, los cambios que puedan producirse en sus vidas, ni el tratamiento necesario. El tiempo de espera de un diagnóstico puede describirse como un período de enorme tensión vivido por los individuos que vivencian una experiencia de enfermedad.<sup>1,2</sup>

Se refuerza, pues, la idea de que la información no es un fenómeno de todo o nada y que, además de eso, el médico no es la única fuente de información a la que el enfermo recurre, sin que, por ello, deje de ser la fuente primordial.

Decididamente, el enfermo podrá tener diferentes grados de información que van desde el conocimiento total de su enfermedad hasta el total desconocimiento de la misma, pasando por la sospecha y el conocimiento dudoso, provocado muchas veces por informaciones contradictorias. Estos diferentes niveles de información podrán tener diferentes consecuencias en el plano de la adaptación psico-social de los enfermos. La información ambigua, o con un elevado grado de incertidumbre, parece tener consecuencias más devastadoras que una información completa o incluso que la ausencia total de información.<sup>3,4</sup>

El hombre, dado que posee una inteligencia reflexiva, toma conocimiento de las modificaciones que observa en sí mismo y las valora como perturbaciones personales y no como interacción de significado biológico. La angustia que siempre acompaña a esta conciencia individual de estar enfermo o de que se va a estar enfermo, tiene su origen en otra característica exclusiva de los hombres: sólo los seres humanos tienen conciencia de la muerte individual, sólo ellos saben que mueren y que los demás también mueren. Siendo el hombre un ser con un proyecto personal que está en constante evolución, asumir la enfermedad equivale a lanzar sobre ese proyecto personal una sombra indefinida de muerte posible.

En este ensayo reflexivo, pretendemos abarcar el trayecto en materia de vivencias de quien experimenta la inolvidable espera de un diagnóstico. En este contexto surge el concepto de Transición, término corriente en las teorías de desarrollo, estrés y adaptación. Asistir a pacientes en fase de transición constituye el papel

---

más relevante de la disciplina de enfermería, se trata de un paso o movimiento desde un estado o condición a otro, todos los procesos de transición están relacionados con cambios y desarrollo, con el acomodamiento de procesos vitales continuos y discontinuos de los seres humanos.<sup>5</sup> El concepto transición parece estar definido a partir de dos perspectivas teóricas. La primera es el desarrollo a lo largo de la vida del individuo, en el cual ocurren eventos trascendentales y la segunda se trata de los eventos de la vida que producen desequilibrio entre dos períodos de tiempo estables.<sup>6</sup> Estas perspectivas enfatizan las respuestas humanas hacia la transición. La extensión y la intensidad de esta influencia transicional varía a lo largo del tiempo y afecta de forma diferente a los individuos que experimentan un mismo suceso.

Siendo así, la práctica de los enfermeros está íntimamente relacionada con las transiciones y, en muchos casos, ellos son los profesionales que más se involucran y acompañan todo el proceso a través de la evaluación, la planificación y la prestación de cuidados que cada situación exige.<sup>7</sup> El enfermero puede actuar en los períodos anticipatorios, de preparación para los cambios de role, de prevención de los efectos negativos sobre el individuo como por ejemplo, en la espera del diagnóstico.<sup>6</sup>

Durante los procesos de transición, las personas tienden a estar más susceptibles a los riesgos y ese hecho puede afectar su salud y bienestar, razón por la cual son considerados un área importante para la enfermería.<sup>5</sup> Las intervenciones terapéuticas de enfermería pueden ser entendidas como una acción de intervención continuada a lo largo del proceso transición y estar anticipadas por la comprensión del mismo (propiedades y condiciones inherentes). Además de eso, deben proporcionar conocimiento y empoderamiento a aquellos que lo viven, promoviendo respuestas saludables a las transiciones que conduzcan al restablecimiento de la sensación de bienestar a través de cuidados de enfermería congruentes con las experiencias únicas de los clientes y sus familias.<sup>5</sup> La contribución de la enfermería es, por tanto, crucial para los procesos de transición.<sup>7</sup>

El objetivo del estudio fue abarcar de qué forma los individuos que atraviesan la fase diagnóstica, durante el ingreso hospitalario, experimentan y rebasan su situación/condición, así como validar el modelo teórico representativo de esa experiencia.

## MÉTODOS

El referente teórico utilizado estuvo fundamentado en el Interaccionismo Simbólico que se concentra en la naturaleza de la interacción, en las actividades sociales dinámicas desarrolladas entre las personas. Implica escoger de forma consciente la dirección de nuestras acciones, la identificación de esas acciones y la de otros, procurando captar los aspectos intersubjetivos de la experiencia.<sup>8</sup>

Entre las diferentes metodologías cuantitativas, el referente metodológico que orientó la recolección y análisis de los datos fue la *Grounded Theory*, con el propósito de abarcar el significado de los fenómenos a partir de los datos y de la acción.<sup>9</sup> Este abordaje tiene sus orígenes en las Ciencias Sociales, específicamente en el Interaccionismo Simbólico de la Psicología Social y de la sociología. El objetivo de la *Grounded Theory* es generar una teoría sobre el fenómeno social y psicológico.<sup>9</sup> La metodología de la *Grounded Theory* se utiliza cuando se pretende explorar áreas sustanciales sobre las que el conocimiento es escaso o cuando hay necesidad de un mejor entendimiento.<sup>10</sup>

---

La recolección de datos se realizó a través de entrevistas semi-estructuradas, con una duración de 40 minutos. Las entrevistas respondieron las siguientes preguntas: ¿Cómo describe la fase de espera que media entre la realización de los exámenes de diagnóstico y su confirmación? ¿Cómo ultrapasa esta situación/condición?

En cada entrevista se transcribieron los datos y se realizó una minuciosa revisión del texto. Posteriormente se inició la identificación de las unidades conceptuales. Los datos fueron codificados línea por línea, comparados entre sí y distribuidos por categorías. En la etapa siguiente, el investigador escogió una categoría de codificación abierta primera etapa de la codificación- colocándola como tema central y comparándola con las demás categorías. En la próxima fase, también llamada de codificación axial, los datos fueron agrupados en nuevas formas, procurando expandir y compactar la teoría emergente a partir de las conexiones teóricas. Se buscó, en esa fase, captar al máximo las relaciones e interacciones subyacente en los datos. Con el análisis y la reducción subsiguiente de categorías, los conocimientos teóricos fueron delimitados y se llegó al tema central.<sup>11</sup>

Diez mujeres y siete hombres en las edades entre 35 y 84 años, admitidos en una unidad de internamiento de medicina interna de un hospital portugués situado en la región central, participaron en el estudio. Para la demostración teórica se trató de escoger datos que pudiesen subsidiar la construcción teórica, de forma que al codificar y analizar procesos que ocurrieran simultáneamente, se alcanzase la saturación teórica alcanzada con las diecisiete entrevistas.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la institución de salud involucrada. Los participantes fueron reclutados para el estudio con la colaboración de los enfermeros que prestaban los cuidados y que prepararon a los enfermos dándoles la información oral y escrita. Las entrevistas se iniciaron una vez que los participantes habían firmado el formulario de consentimiento.

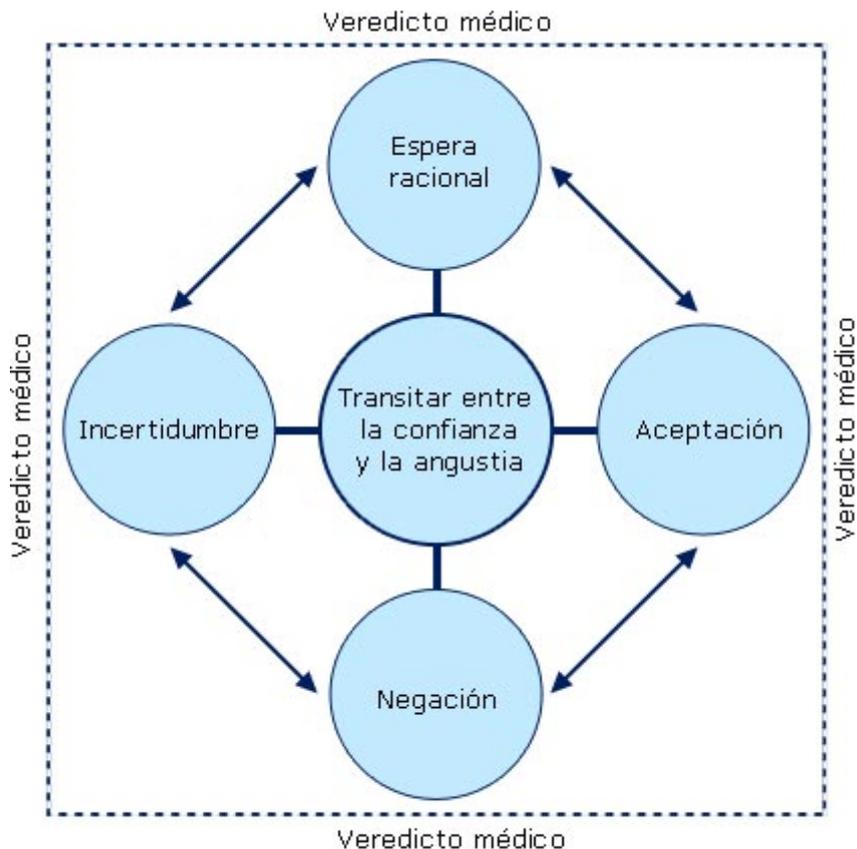
### **Recolección y análisis de datos**

La recolección (entrevistas) y análisis de los datos se desarrollaron de forma simultánea durante los meses de enero y julio de 2009. Las diecisiete entrevistas fueron transcritas y analizadas mediante codificación abierta, moviéndose sobre la codificación selectiva cuando se halló que el interés principal de los participantes era «cómo pueden los enfermos prepararse para las incertidumbres futuras», y la categoría «espera diagnóstica» se hizo clara. Los datos fueron escritos de forma continua para ayudar al proceso de codificación teórica, con vistas a que constituyera una *Grounded Theory* densa y parsimoniosa.<sup>12</sup>

En el proceso de análisis, se desarrollaron muchos conceptos. Dos de los más definidos fueron la «dependencia vulnerable del equipo y del sistema de salud» y «transitar entre la confianza y la angustia». El primero contenía las experiencias de los participantes, las estrategias desarrolladas por el equipo de salud y el entorno hospitalario. Esta categoría fue eliminada porque describe la condición de estar enfermo, condición presente en todas las categorías. El segundo concepto desde el comienzo surgió como un concepto orientador de todo el proceso por lo que identificamos cuatro patrones diferentes de cómo se desarrollaba la dialéctica. En la medida que proseguía el análisis de los datos, emergió el código teórico «transitar», lo cual sirvió para integrar y abarcar de una forma heurística la experiencia de los participantes.

## RESULTADOS

El análisis de los datos permitió la construcción del modelo teórico, transición entre la confianza y la angustia (figura), que representa el significado de la experiencia vivida por el enfermo que espera por el diagnóstico en un entorno hospitalario.



**Fig.** Modelo Teórico: "Transitar" entre la angustia y la confianza.

«Transitar» emergió como tema central en el proceso de codificación, comparación y reducción de categorías. Este tema se convirtió en el meollo del proceso de codificación e integración de las categorías.

El código teórico «transitar» demuestra una actividad intrínseca a través de la cual los participantes se mueven entre la confianza y la angustia. Todos los participantes tuvieron noción de los límites emocionales acerca de la profunda desesperación vivida antes de la pérdida del control o de cómo la focalizarse en la esperanza puede ser el camino para no perder contacto con la realidad. Si dejasen que la desesperación y el miedo se tornaran demasiado fuertes, controlando y escondiendo cuán dolorosa era su situación o cuán débiles se sentían realmente, más difícil sería. Este movimiento entre la confianza y la angustia influyó, por ejemplo, en la forma en que procuraban y procesaban la información. Los individuos, mientras más esperanzados estaban, mayor visión de la realidad mostraban, lo que les permitía juzgar y procesar su situación, mientras que cuando se movían hacia la desesperación, se alejaban de la realidad y presentaban menor capacidad para procesar la situación.

Emergieron a partir de los datos diferentes patrones de «transitar entre la confianza y la angustia. Los patrones son comportamientos que los enfermos desarrollaron, son estrategias más que rótulos, por lo que una persona puede usar más de un patrón.<sup>12</sup>

La comprensión de la experiencia vivida por los sujetos que atravesaron la espera diagnóstica fue conceptualizada y descrita en categorías estructuradas en torno a cuatro patrones: incertidumbre, espera racional, negación y aceptación.

Tales categorías permiten a los profesionales de la salud reconocer una multiplicidad de reacciones con las cuales es necesario lidiar.

**Incertidumbre:** Los participantes querían saber lo que en realidad está sucediendo respecto a su situación y sentían, de forma significativa, el dolor de la incertidumbre de cara al futuro. Para protegerse, reprimían los pensamientos relacionados con el futuro.

*Estoy impaciente y tenso, pero trato de no pensar en mis problemas (P10).*

Durante el tiempo de espera por el diagnóstico, al enfermo se le deben garantizar todas las informaciones de forma correcta, para que esté asegurada la exactitud de los resultados. Los participantes querían, igualmente ofrecer al equipo de salud información sobre cómo experimentan sus síntomas, de modo que los médicos pudieran juzgar adecuadamente cada situación; continuaba siendo un obstáculo la información inexacta o errónea ya que la preocupación, el miedo y su estado físico limitan la habilidad de procesar información. Era frecuente que los sujetos escucharan o comprendieran sólo partes fragmentadas de la información transmitida durante las visitas médicas. Algunos estaban recelosos en cuanto a pedir informaciones o se olvidaban de lo que tenían planeado preguntar al médico.

La mayoría de los participantes sentían que cuanto más eficaz era la adquisición de información, mejor preparados estarían. Aquellos que usan el patrón de la incertidumbre no querían demasiada información, ni involucrarse en las discusiones sobre la toma de decisiones, tal como se refleja en el siguiente testimonio:

*Es normal que estén interesados (los médicos) porque quieren saber de qué se trata. Para mí es mejor sabe cuando tengan algo específico que decir (P15).*

Construir relaciones de confianza con el equipo de salud se volvió un recurso durante el período de espera. Por el contrario, las visitas médicas mal preparadas y los equipos de médicos inexpertos que han de forma reiterada las mismas preguntas, minaba la confianza y aumentaba la angustia en los participantes. Los sujetos en estudio recordaron lo que ocurría antes de enfermar y enfatizaron los cambios corporales. Dado que presentaban diferentes niveles de conocimiento médico y de experiencias de cara a una enfermedad, interpretaban los síntomas corporales como letargo, fiebre, dolos, diarrea, hígado dilatado, anorexia y pérdida de peso, de formas diferentes. Además de la reflexión sobre sus cuerpos, prestaron igual atención a las intervenciones diagnósticas por las que atravesaban. Los participantes que usaban el patrón de incertidumbre eran muy sensibles a todos los indicios, debido al sentimiento de vulnerabilidad en relación con el futuro.

La experiencia de atravesar las investigaciones médicas y de esperar un diagnóstico hace que los enfermos consideren la posibilidad de enfermedad y queden aprensivos acerca del futuro, se trata de una preocupación intrínseca y frecuentemente no expresada. Son diversos los resultados que pueden emerger: la posibilidad de que se trate de una enfermedad grave con pronóstico reservado, una

enfermedad crónica, un problema agudo frecuentemente curable o simplemente una falsa alarma. La posibilidad de una amenaza seria para la vida del individuo lo desafía a reflexionar sobre el sentido que atribuye a la vida. Si es admitido a una unidad hospitalaria, además de la gravedad de la patología, se adicionan otras variables: los espacios, los olores y los sonidos del hospital, del equipo de funcionarios y de otros enfermos, lo que hace difícil esconder estos pensamientos.

Atravesar la fase diagnóstica estar conciente del significado atribuido a la vida, permitirse el replanteamiento de valores, deseos y prioridades. Para aquellos que profesan la fe cristiana, se encontraron una serie de imágenes de Dios, las que influyen en la forma de enfrentar las dificultades:

*Creer en Dios y rezar es un modo de disminuir la angustia que siento (P8). Creo en Dios y la fe se ha convertido en una parte importante de mí. Yo rezo, la mayoría de nosotros reza cuando está en problemas. Yo digo: Oh!, Dios, ayúdame ahora (llora)-no aguanto más, vela por mí (P10).*

Por otra parte, vivir fuera de la tensión constante provocada por la incertidumbre, en un intento de tener un poco de descanso sirvió para que algunos pacientes camuflaran la incertidumbre y aumentaran la confianza, con lo que lograron un estado mental alternativo en el cual los pensamientos no se focalizan en el fenómeno de la espera diagnóstica. De esta forma el descanso ayuda a «recargar las baterías», a impedir la locura, tal como fue testimoniado por un participante: *no quiero volverme loco»* (P10). Fueron varias las condicionantes en la habilidad de encontrar descanso, una de ellas era dormir en el hospital donde el ambiente era generador de ansiedad y por consiguiente dificultaba aquello que para muchos resultaba esencial, o sea, poder tener un sueño reparador; por otra parte, condiciones como dolor, náusea y preparativos difíciles para algunos exámenes invasivos, fueron presentados como limitaciones de ante la necesidad de transitar en el binomio angustia-confianza. Como principales estrategias de defensa surgió la lectura, comunicarse con la familia a través de Internet y pasear por el jardín del hospital.

Cuanto más dolorosa era la vivencia durante el internamiento, mayor era la dificultad para procurar descanso. Tal descanso ofrece una fuerza renovada para resistir las nuevas investigaciones y prolongar la espera. Un participante lo planteó de la siguiente forma:

*Cuando puedo irme a casa, comienzo por estar con mis amigos. Tengo mi casa, mi perro las cosas que me puedan ocupar mis pensamientos. Necesito recargar las baterías entre batallas. Cuando se está aquí, uno se queda en cama, sólo se ve a los enfermeros, los médicos y a otros enfermos, algunos de ellos en estado Terminal [...] y los olores! No me resulta fácil abstraerme, por más que lo intente (P13).*

La espera racional se hace evidente cuando un individuo se focaliza en hechos en vez de en resultados hipotéticos. No se le permitía a los pensamientos y los sentimientos manifestarse, aún cuando los participantes tuvieran un conocimiento exacto sobre su status:

*No se puede estar ansioso por cosas que se desconocen, se debe esperar hasta que se tenga un resultado. Yo me mantengo controlado (P4).*

Los participantes que usaban el patrón de la espera racional desean estar informados para poder basar sus juicios en hechos concretos, por lo que interpretan los diferentes indicios como un conglomerado de informaciones que consiguen

explicar la situación actual. Las emociones son relegadas a un plano secundario hasta que se conozcan el diagnóstico y el pronóstico, no obstante sentirse preocupados cuando piensan en las diferentes posibilidades diagnósticas. Las emociones relacionadas con los diferentes resultados eran mantenidas en el ámbito de la aprensión hasta que existieran certezas acerca del resultado:

*Para mí es importante comenzar con un diagnóstico más o menos serio. Estoy preocupado con las diferentes alternativas, pero continúo esperando por los resultados. Soy un realista y esta es mi manera de pensar (P2).*

*Están reticentes a decirme algo antes de que sepan, esta biopsia es decisiva. Es obvio que se considera un caso serio porque se le dio prioridad máxima a este examen (P4).*

La manipulación de la incertidumbre acerca del futuro se hizo evidente en la medida que los participantes no consideraban las consecuencias de los posibles resultados antes de que existieran hechos plausibles sobre sus respectivas situaciones. Esta actitud se encamina hacia que nada cambia hasta que existan resultados concretos:

*Soy realista y creo que eso me ayuda porque no soy del tipo de persona que se deprime cuando los problemas se presentan. Estoy impaciente, pero quiero continuar con mi vida (P1).*

Cuando se reconoció el patrón de negación, los participantes se preocupaban por recuperarse de los síntomas agudos en vez de pensar en los posibles problemas subyacentes:

*Estuve enfermo por muchas semanas y ahora la recuperación fue tan rápida... No pienso en cuán mal me he sentido. Confieso que desconozco la causa de mi problema [...] reconozco que no me he preocupado lo suficiente (P6).*

La negación se hizo evidente cuando los pacientes ignoraron las señales de peligro y creyeron en los aspectos negativos. Hubo algunas preguntas más serias hechas por los médicos:

*Cuando fui admitido, el médico dijo que tenía un problema con el alcoholismo. Pero pueden haber otras razones para esto como piedras en el riñón o un infarto venoso [...] el médico debe tener cuidado con lo que dice para no destruir la auto-estima de la persona (P9).*

Con este patrón, los temas de una entrevista podían cambiar rápidamente, saltando de tópicos más amenazadores hacia otros, para después retornar a estos de forma tangencial. Aquellos que usan el patrón de la *negación* giran su atención principalmente hacia los signos positivos y comparan su situación con la de otros que consiguen vivir bien, a pesar de sus enfermedades.

El cuarto patrón, la aceptación, fue identificado cuando los participantes tuvieron confianza para solicitar abiertamente información sobre lo que iba a suceder. El dolor causado por el miedo al futuro se combinaba con la paz que provenía de la disposición a dar lo mejor de sí. En estas situaciones la edad, la experiencia, la habilidad para reflexionar a partir de vivencias anteriores, son condiciones importantes en esta estrategia:

*Tengo esperanza de obtener un buen resultado, pero de no ser así, enfrentaré el problema. Tengo algunas experiencias de vida anteriores que me ayudan a superar las dificultades (P3).*

Los participantes que usan el patrón de la aceptación solicitan y procesan la información acerca de su situación articulando las emociones asociadas con una serie de resultados diagnósticos posibles.

Cuando se observó el patrón de la aceptación, se consideraron los indicios y se compararon con el conocimiento y las experiencias anteriores. Uno de los individuos compartió su experiencia e intentaba atribuirle algún sentido a su situación:

*Tengo una herida gástrica hace ya varios años que nunca se curó, sangra, tengo dolores fuertes. Hoy la endoscopia mostró alteraciones y estoy muy tenso esperando el resultado, si será benigno o no... (P11).*

Cuando se observó la aceptación, los participantes discutieron acerca de la angustia ante un futuro incierto y acerca de la confianza relacionada con la habilidad para controlar la situación. Esta confianza se construye sobre la base de experiencias anteriores, apoyándose en recursos propios y en el apoyo que otros ofrecen:

*Existe mucha incertidumbre relacionada con mi futuro, como me voy a poder controlar cuando esté con mis hijos (llora). Esto es muy doloroso para mí. Aprendí que la vida no es fácil, pero intento ser fuerte delante de mi familia, mis experiencias anteriores me han enseñado como lidiar con los problemas (P7).*

Para aquellos que usan el patrón de la aceptación, se apreció el ocio como una forma de ruptura bienvenida para lidiar con la incertidumbre:

*Necesito relajarme y para ello leo un buen libro y oigo música para transportarme hacia otro mundo. Necesito superar esto y para ello tengo que viajar lejos, hasta donde mi imaginación quiera llevarme (P5).*

## DISCUSIÓN

La comprensión de la experiencia vivida por los sujetos que atraviesan una espera diagnóstica fue conceptualizada con el código teórico «transitar» fue descrita en categorías estructuradas en torno a cuatro patrones: incertidumbre, espera racional, negación y aceptación. Tal experiencia exige que el enfermero actual desarrolle interacciones de sostén con estos enfermos. Los patrones utilizados por los enfermos en la etapa de preparación para el diagnóstico son dinámicos y se mueven entre la confianza y la angustia, los niveles de conciencia y la evaluación más o menos realista de cada situación.<sup>13</sup> Un individuo puede también moverse entre diferentes patrones, aún cuando haya una mayor tendencia a usar un patrón que otro. La volatilidad entre la esperanza y el miedo es discutida explícitamente y ha identificado diversas estrategias de lidia comparables con los patrones de negación y espera racional encontrados en nuestro estudio.<sup>14</sup> Los diferentes patrones determinaron que los participantes se prepararan de diversas formas, de este modo, los que usan la mayor parte de las veces el patrón de la aceptación estarían mejor preparados para lidiar con los resultados diagnósticos que aquellos que usan en la mayoría de las situaciones la negación.<sup>1, 15</sup>

Los individuos que usan principalmente el patrón de la incertidumbre atraviesan un período muy delicado y experimentan un dolor emocional intenso. La construcción de relaciones basadas en la confianza y la verdad así como el contacto frecuente con las personas más próximas, ofrece a estos enfermos recursos individuales que potencian la esperanza y les da sostén emocional durante el proceso de investigación clínica. La conciencia del dolor existencial que estos enfermos vivencian y la necesidad de pensar en el peor de los escenarios debe determinar que el equipo de profesionales de la salud esté conciente de estos hechos, lo que posibilita la comunicación efectiva a lo largo de todo el proceso. Siempre que algo así ocurría, surgió una fuerza renovada para resistir el proceso de investigación clínica.

Los individuos que usan en la mayor parte de las situaciones el patrón de la espera racional, limitan el contacto de la conciencia racional con las emociones referentes a la incertidumbre acerca de su situación, o sea, dejan de procesar emocionalmente su situación hasta que se conozca el resultado diagnóstico. Con relación a estos enfermos, los enfermeros asumen un papel relevante en la preparación cognitiva ante la expectativa de un diagnóstico, lo que permite un ajuste emocional y afectivo. La toma de decisiones a nivel de la relación médico-paciente deberá ser el resultado de una adecuada ponderación de valores e intereses expresados por ambas partes. De cara a este desafío, tendrán que surgir necesariamente respuestas adecuadas de parte de los profesionales de la salud así como nuevas o renovadas soluciones organizativas a nivel de las instituciones de atención de salud. La información precisa es altamente valorada por estos enfermos.

Los individuos que usan el patrón de la negación, en gran medida, tienden a distorsionar la evaluación de su situación para auto-protegerse de la amenaza emocional subyacente a posibles escenarios. Aquí los enfermeros se deben ganar la confianza de los enfermos y así podrán fortalecer su esperanza reduciéndose de ese modo la necesidad de la negación y de otros procesos subconscientes. Al demostrar competencia, continuidad y cuidado, los enfermeros ayudan a sus enfermos en el proceso de evaluación efectiva de su situación real y así los ayudan a prepararse para la llegada del diagnóstico y sus consecuencias.

En resumen, los pacientes que usan mayormente el patrón de la aceptación parecen ser los que mejor lidian con la espera diagnóstica. Estos enfermos asumen de forma realista su situación y confían en que tendrán suficientes recursos para lidiar con la eventualidad de cualquier tipo de resultado. La situación de la incertidumbre y la espera es penosa para estos enfermos, de ahí que la presencia de un familiar y la adecuada coordinación entre los profesionales de la salud faciliten la adquisición de un sentimiento de seguridad.

Ante los resultados obtenidos surge una de las principales implicaciones del estudio, la cual se traduce en una recomendación: atribuir un o una enfermero(a) a cada enfermo que entra al hospital para investigación diagnóstica. Este profesional podría coordinar el proceso de investigación y transmitir a los enfermos las informaciones pautadas por un rigor, con lo que se reduciría el dolor de la incertidumbre. La información sobre la rutina hospitalaria y los detalles acerca de los procedimientos puede mejorar el auto-control de los enfermos. Resultados similares fueron relatados por otros autores.<sup>16, 17</sup>

Es importante que los enfermeros y médicos estén concientes de cómo los enfermos asimilan los hallazgos diagnósticos en el proceso de dar sentido a su situación. Los resultados alcanzados destacan la tentativa llevada a cabo por los participantes de juzgar la seriedad de sus síntomas comparando la evaluación fragmentada que se desprende de los acontecimientos con lo que conocen a partir

de experiencias precedentes. Por otra parte, los enfermos intentan dar sentido a sus síntomas corporales cuando, en realidad, no se ha encontrado ninguna prueba objetiva.<sup>17</sup> Otro aspecto relevante es la valorización dada por los sujetos a los indicios no verbales demostrados en el comportamiento del equipo de profesionales de la salud. Aspectos no verbales como la expresión facial, el tono de la voz y los gestos, refuerzan la relación terapéutica del equipo de salud con los enfermos.<sup>1</sup> Igualmente se hizo evidente la necesidad de los enfermos de interpretar la investigación clínica y la prioridad que se le atribuye, ya que los sujetos invierten tiempo e interés personal en reducir la incertidumbre recolectando tanta información como sean capaces de procesar.

«Transitar entre la confianza y la angustia» resultó uno de los conceptos principales «de la espera diagnóstica». Cuanto más los participantes sienten el dolor de la incertidumbre, mayor es el nivel de conciencia de la amenaza existencial. El hecho de no saber sus diagnósticos/pronósticos los desafió a considerar lo que era importante en la vida. Enfrentarse a ellos mismos con la mortalidad es algo que se relata también en varios estudios, como una conciencia disparadora de la espiritualidad; vale la pena destacar que rezar aumentó el nivel de esperanza en un momento de poco control. Este estudio se apega así a una teoría integrada que responde a una llamada al conocimiento sobre cómo los enfermos usan las creencias y las prácticas místicas en el control de la incertidumbre.

## CONSIDERACIONES FINALES

Los resultados obtenidos son importantes porque pueden ayudar a los profesionales de la salud en el perfeccionamiento de su papel en relación con los enfermos en fase diagnóstica. En este proceso, los enfermos representan un apoyo precioso para los enfermos, ya que consolidan la confianza y la esperanza y ayudan a drenar la angustia provocada por la espera diagnóstica. El modelo teórico presentado hace importantes contribuciones a la práctica del cuidado en enfermería ya que evidencia la relevancia del acto informativo y su necesaria (re)conceptualización en el contexto de la vivencia del proceso de hospitalización.

El modelo teórico, además, apunta hacia la necesidad de que los responsables de la gestión en las unidades de salud se replanteen la influencia de los elementos contextuales encontrados en el estudio a fin de favorecer la comunicación efectiva de los profesionales de enfermería con los clientes y la consecuente mejoría de la calidad de los cuidados que les son dispensados.

Vale destacar que, de acuerdo con la *grounded theory* este no es un modelo teórico cerrado, sino que puede ser alterado y acrecentado a partir de nuevos elementos que permitan ampliar la comprensión de la experiencia de la comunicación, tanto del profesional de enfermería como del enfermo con quien se integra en el transcurso de su cuidado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Montgomery M. Uncertainty during breast diagnostic evaluation: state of the science. *Oncology Nursing Society*. 2010; 37(1): 77-83.

- 2- Mast M. *Adult uncertainty in illness: a critical review of research*. Sch Inq Nurs Pract. 1995;9(1):3-24.
- 3- Durá E, Dias M. Relação médico-doente em Psicologia Oncológica: Aspectos éticos, sociais e legais. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*. 1997;2(2):197-208.
- 4- Durá E. *El dilema de informar al paciente de cáncer*. Valência: Nau Libres; 1990.
- 5- Meleis AI, Sawyer LM, Im E, Messias DK, DeAnne KH, Schumacher K. *Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory*. *Advanced Nursing Science*. 2000;23:12-28.
- 6- Murphy SA. Human responses to transitions: a holistic nursing perspective. *Holist Nurs Pract*. 1990;4(3):1-7.
- 7- Harrison MB. Transitions, continuity, and nursing practice. *Can J Nurs Res*. 2004;36(2):3-6.
- 8- Bogdan R, Bilken S. *Qualitative research for education: an introduction to theory and methods* (4<sup>th</sup> ed.). Boston: Allyn and Bacon; 2003.
- 9- Glaser BG, Strauss AL, organizadores. *The discovery of grounded theory*. New York: Aldine Publishing Company; 1967.
- 10- Strauss A, Corbin J. *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (3<sup>rd</sup> ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2008.
- 11- Backman K, Kyngäs H. Challenges of the Grounded Theory approach to a novice researcher. *Nursing and Health Sciences*. 1999;1:147-153.
- 12- Glaser B. *The Grounded Theory Perspective III: Theoretical Coding*. Mill Valley, CA: The Sociology Press; 2005.
- 13 Davey H., Butow P. Qualitative study of how women define and use information about breast symptoms and diagnostic tests. *Breast*. 2006;15(5):659-65.
- 14- O'Mahony M. Women's lived experience of breast biopsy: a phenomenological study. *J Clin Nurs*. 2001;10(4): 512520.
- 15- Rubenstein E. The intersection of information behavior and coping among women undergoing breast lump diagnosis. *Proceedings of the American Society for Information Science and Technology*. 2008;45(1):1-5.
- 16 - Derrett S, Paul C, Morris JM. *Waiting for elective surgery: effects on health-related quality of life*. *Int J Qual Health Care* 1999;11:47-57.
- 17 Ko N., Hsu S. Informational Needs, Health Locus of Control and Uncertainty among Women Hospitalized with Gynecological Diseases. *Chang Gung Med J* 2005;28:559-66.

Recibido: 10 de septiembre de 2010.  
Aprobado: 5 de noviembre de 2010.

**Correspondencia:**

**Carlos Laranjeira**

High School of Health Sciences Jean Piaget College Jean Piaget Alto do Gaio Street  
Lordosa 3515- 776 Viseu, Portugal Carlos António Laranjeira .  
E-mail: [carloslaranjeira@hotmail.com](mailto:carloslaranjeira@hotmail.com)