

# REFLEXIONES SOBRE LA INFORMACION MEDICA AL PACIENTE ONCOLOGICO ADULTO

## RESUMEN

El conocimiento que tiene el paciente respecto del diagnóstico, del pronóstico y de la terapéutica es un aspecto importante en el impacto emocional que produce el cáncer. Estudiamos el manejo de la información médica en Oncología, su relación con la percepción de la enfermedad y las expectativas de futuro que tienen pacientes y familiares y la visión de los profesionales del equipo asistencial sobre el tema. Los resultados muestran que pacientes y familiares son informados con veracidad del diagnóstico en nuestra Institución. A pesar de ello, y teniendo una mala evolución objetiva de la enfermedad expresan franco optimismo en sus expectativas de futuro, actitud que detectan también en el médico. Creemos que los mecanismos de defensa del paciente (negación, idealización, control omnipotente) presentes en esta conducta, son activados y/o acompañados por las defensas del médico que, colocadas inicialmente en la comunicación del diagnóstico se habrían desplazado hacia la comunicación del pronóstico y del resultado de las terapéuticas ofrecidas. Pensamos que una transmisión adecuada de la información enriquecerá a todos los involucrados en la situación -médicos, enfermeras, pacientes, familiares- y al vínculo que los engloba, y les permitirá enfrentar con una conducta más sana y comprometida la situación por la que atraviesan.

Palabras clave: Información médica. Oncología.

## SUMMARY

The knowledge that the patient has about the diagnosis, prognostic and therapy represents a relevant aspect concerning the emotional impact produced by cancer. We have studied the handling of medical information in Oncology, its relation with the perception of illness and the hopes for the future that patients and relatives have; and furthermore, the medical team's view about the subject. The results reveal that patients and relatives are truthfully informed about the diagnosis in our Institution. In spite of that fact, and having a bad objective evolution of the illness, they convey optimism concerning their expectations for the future, and attitude

Lic. María del Carmen Neira <sup>(1)</sup> - Dr. Emilio Palazzo <sup>(2)</sup>  
Servicios de Psiquiatría y Oncohematología  
Hospital Privado - Centro Médico de Córdoba.

of which they perceive also among doctors. We believe that the patient's defensive mechanism (negation, idealization, omnipotent control) present in this behaviour which were initially placed in the diagnosis, might have been transferred to the communication of the prognosis and the results of the therapy employed. We think that an adequate transmission of the information will improve the relationship of all the people involved in this situation - doctors, nurses, patients and relatives- Furthermore, it will enable them to face with a healthier attitude the difficult situation they are going through.

Key words: Medical information - Oncology.

En el estudio del impacto emocional que produce el cáncer, un aspecto importante a tener en cuenta es el conocimiento que tiene el paciente sobre el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento de su enfermedad. Desde 1992 estamos estudiando el manejo de la información médica oncológica en nuestra Institución, su relación con la percepción de la enfermedad y las expectativas de futuro que tienen los pacientes, sus familiares, y la visión de los profesionales del equipo asistencial sobre el tema. Para ello, hemos utilizado diversos cuestionarios, algunos autoadministrados y otros planteados en el marco de una entrevista psicológica semi-estructurada, que aplicamos a varios grupos de pacientes, a sus familiares más cercanos, a los médicos oncólogos de cabecera, a los becarios de la especialidad, y a las enfermeras que los atendían. Nuestra muestra estaba constituida por 60 pacientes adultos, entre 20 y 70 años, con diagnóstico de cáncer o enfermedad hematológica maligna, considerada incurable; quienes tenían una sobrevida esperada superior a los 3 meses y habían completado al menos el primer ciclo de quimioterapia.

En primer lugar, observamos que los pacientes y familiares encuestados conocían el diagnóstico. Mencionaban el nombre correcto de la enfermedad el 73 % de los pacientes y el 93 % de los familiares, o se referían a ella con los términos de "cáncer, tumor o algo maligno" el 27 % de los pa-

1 Psicóloga asociada al Servicio de Psiquiatría, Dpto. de Medicina Interna - Hospital Privado.

2 Jefe del Servicio de Oncohematología, Dpto. de Medicina Interna - Hospital Privado.

cientes y el 7 % de los familiares. En su mayoría (90 % de los pacientes y 83 % de los familiares) habían recibido la información diagnóstica por parte del oncólogo de cabecera, expresando total credibilidad y confianza en él.

También notamos que a pesar de tener este conocimiento del diagnóstico, sólo la mitad de los pacientes y de los familiares consideraba la situación como "muy grave"; el 50 % restante decía que "la gravedad de su estado era moderada o leve". Además observaban mejoría y advertían una actitud optimista en el médico que ellos relacionaban con la posibilidad de curar. Esto nos resultó de particular interés teniendo en cuenta que al año de realizada cada encuesta, el 90 % de los pacientes había muerto.

Entre los pacientes fallecidos y sus familiares el optimismo en las expectativas de futuro alcanzaba el 93 % de los casos. En cambio, los oncólogos de cabecera se manifestaban optimistas ante nuestro interrogatorio sólo en el 14 % de los casos, los residentes de oncología en el 36 %, y las enfermeras en el 50 %.

Pareciera entonces que en el Servicio de Oncohematología de nuestra Institución la mayoría de los pacientes y sus familiares son informados del diagnóstico con veracidad. Pero, a pesar de ello, y teniendo una mala evolución objetiva de la enfermedad, expresan una actitud de franco optimismo en sus expectativas de futuro, actitud que dicen detectar también en el médico. Nos planteamos entonces si en el optimismo del paciente sólo opera su defensa psicológica, o si ésta es activada y/o acompañada por la defensa propia del médico, quien le transmitiría una visión esperanzada de un pronóstico alejado de la realidad. En tal caso, podríamos arriesgar la hipótesis de que la actitud defensiva del médico colocada inicialmente en la verbalización del diagnóstico, se habría desplazado hacia la comunicación del pronóstico y del resultado de las terapéuticas ofrecidas. El médico cumpliría de este modo con la satisfacción de las expectativas del paciente orientadas a la curación de la enfermedad, pero fundamentalmente pondría en juego con este mecanismo sus propias defensas de negación y control omnipotente de una realidad no deseada e inmanejable. Al intentar así protegerse defensivamente de la emergencia

de su propia angustia potenciaría en el paciente y sus familiares la idealización del tratamiento y una expectativa favorable de futuro. Además, esta conducta puede contribuir a aumentar la distancia en el vínculo con su paciente, pudiendo generar en éste una vivencia de escaso acompañamiento, comprensión y contención a medida que va transitando una realidad muy dolorosa física y emocionalmente.

Por ejemplo, en nuestra encuesta, los oncólogos de cabecera y los becarios en un 40 % dijeron no saber cuáles eran aquellas cosas que ayudaban a que su paciente se sintiera mejor, más tranquilo o más confortable. Sin embargo esto era conocido cabalmente por las enfermeras en un 79 %. Al preguntarles a estos médicos qué creían ellos que era lo que más molestaba al paciente, vimos en sus respuestas que la alopecia no era detectada como uno de los factores más conflictivos. Los pacientes, en cambio, la ubicaban en un lugar relevante. Contrariamente, la internación hospitalaria era referida por los profesionales como aquello que más le molestaba al enfermo, cuando en realidad éstos manifestaban una vivencia de protección y reaseguro dentro de la institución. La probable transmisión de cierta esperanza de cura, sumada a este desconocimiento de los aspectos emocionales de su paciente, explicaría en parte la escasa indicación médica de asistencia psicoterapéutica. Sólo en el 30 % de los casos, pacientes y oncólogos de cabecera reconocieron su necesidad, mientras que los médicos becarios y las enfermeras del área, tal vez quienes estaban más cerca y conocían los padecimientos del paciente pues compartían más tiempo con él, consideraban su indicación en el 56 % de los casos.

Pensamos que la relación médico-paciente, y la transmisión de información incluida en ella, está influenciada por ciertos aspectos personales del profesional - sus conflictos y defensas, su personalidad, su angustia, sus miedos, etc. - que tienen incidencia en el desempeño del rol y que deberán ser incluidos en la reflexión y autocrítica de su tarea.

El paciente llega a la consulta oncológica dudoso de su diagnóstico, con sospecha de malignidad en su afección y angustia por la repercusión de la enfermedad en sus pautas y su proyecto vital. Herido narcisísticamente en sus sentimientos de intangibilidad e inmortalidad y con la constatación de

que su vida puede ser amenazada, se acerca al médico con una serie de fantasías respecto de su propia situación y de cómo ésta será recibida y resuelta por alguien que además de cargar con el contenido dramático de su especialidad, la oncología, acarrea su propia problemática personal que interfiere permanentemente en el desempeño de su actividad profesional. Trae a la consulta su verdad, aún bajo la forma de sospecha, que entrará en contacto con la verdad del médico en torno al diagnóstico, al pronóstico y al tratamiento. De las características de este encuentro dependerá en gran parte el destino de la relación que establezcan, y será muy importante para el paciente la capacidad del médico de contener sus ansiedades y de responder a su necesidad de ser comprendido y ayudado. Generarán una alianza terapéutica con determinados aspectos transferenciales y contratransferenciales que influirán no sólo en el aspecto vincular sino también en el manejo instrumental y técnico de la situación.

La capacidad del oncólogo de informar adecuadamente se relaciona con la elaboración de la propia angustia de muerte a que lo enfrenta permanentemente su labor. Esta elaboración le permitirá, en la relación con su paciente, no caer en la estereotipia, la disociación y la predominancia de un pensamiento técnico y deshumanizado por un lado, ni en un vínculo emocional indiferenciado y con dificultades para establecer una distancia operativa por el otro, ambas expresiones de una fragilidad emocional que dificulta el adecuado ejercicio de su rol.

La información al paciente con cáncer es una de las situaciones de más difícil resolución en la práctica médica cotidiana en lo que se refiere a qué informar, cómo hacerlo, cuándo hacerlo, cuánto decir y a quién. Es un elemento fundamental de la atención médica ya que estructura la realidad del paciente. Se constituye en una tarea indelegable que el médico debe asumir poniendo en juego su ideología profesional y sus propios temores frente a la enfermedad y a la muerte. Se realiza por medio de mensajes verbales y no verbales, significativos en cada cultura, que son de valor decisivo en la comunicación, y altamente significativos en la relación personal. Lo que se le diga dependerá de cada enfermo en particular, y de su necesidad de conocer la verdad o de negarla. La información será siempre en prove-

cho del paciente, para lo cual el médico intentará acceder a los aspectos más maduros de la personalidad del enfermo, que son los que podrán permitirle aceptar la realidad sobreponiéndose al impacto del diagnóstico, deberá aliarse con ellos apaciguando la parte infantil, ansiosa, veraz y envidiosa de los que están sanos, y que tiende a idealizarlo y a esperar un milagro de él. El recurso del engaño, usado con el pretexto de dar mayor tranquilidad al enfermo, responde a los propios conflictos lo que de una u otra manera está sospechando. La información falsa crea tensión en los vínculos tanto con el equipo profesional como con su familia. Se siente solo en su saber, en su sentir, y en sus necesidades de compartir su realidad con quienes lo rodean. Decirle la verdad no significa negarle toda esperanza ya que el paciente tenderá a mantenerla hasta el final; la esperanza entonces estará conectada con un criterio de realidad, centrada más en la calidad que en la cantidad de vida, y en la garantía de que será acompañado a lo largo de todo el proceso de enfermedad armonizando sus necesidades con lo que el médico le pueda brindar.

La comunicación del diagnóstico oncológico, manejada adecuadamente, enriquecerá a todos los que están involucrados - médicos, enfermeras, pacientes, familiares - y al vínculo que los engloba, permitiéndoles organizar pautas más sanas y comprometidas de conducta para enfrentar cada uno desde su rol esta situación altamente desestabilizadora.

## BIBLIOGRAFIA

1. Alvarez, H., Neira, Ma. del C., Palazzo, E., "Aspectos psicosociales en el paciente oncológico" en "Experiencia Médica", Vol. X, 1992, p. 4.
2. Krant, Melvin, "Problems of the physicians in presenting the patient with the diagnosis" en "Cancer: the behavioral dimensions". Editores Cuellen, IW y otros. Ravens Press, N. York 1976.
3. Kübler-Ross, Elizabeth, "On death and dying". Ed. The MacMillan Company, N. York, 1969.
4. Laplanche, Jean, Pontalis, Jean, "Diccionario de Psicoanálisis". De Labo S.A., Barcelona 1974.
5. Luchina, L. "La relación médico-paciente en cancerología". En "Psicología y cáncer". De. Home. 1965.
6. Mansillac, S. De, "La comunicación de la verdad en Cancerología". En "El impacto psicológico del cáncer". De. Galerma. 1978.
7. Neira, M. del Carmen, Palazzo, E., "Psychological aspects of oncology patients", World Congress of Psychiatry, Vol. 2, pp. 163, Madrid, agosto 1996.
8. Schavelzon, José, "Paciente con cáncer. Psicología y psicofarmacología". Ed. Científica Juter Americana. Buenos Aires, 1988.