

El Cielo de la Mujer Buenas noches. Una semana más en Vida y Salud. Un programa dirigido a quienes estén interesados por la salud física y mental y preparado y coordinado por profesores del curso de nivelación de ayudantes técnicos sanitarios que imparte la UNED.

El análisis del cáncer en sus diferentes aspectos de estudio, los procesos celulares, las relaciones entre cáncer y medio ambiente, es el tema que hasta hoy ha venido ocupando los anteriores espacios de vida y salud. Desde la pasada semana, los aspectos psicosociales del enfermo de cáncer son los que analizan Encarnación Nouvilas y Pedro Rodríguez de Miñón, profesores del curso de nivelación para ayudantes técnicos sanitarios, a través de la opinión de diferentes expertos. El tema concreto que va a ocupar nuestro tiempo de hoy, es el análisis de aquellas alteraciones psicológicas, afectivas y de comportamiento

que se manifiestan en los enfermos que han sido ya diagnosticados de cáncer. El profesor Pedro Rodríguez Miñón y Encarnación Nubilas, también profesora del curso de nivelación para ATS, van a entrevistar a Gloria Ruiz González, psicóloga del Instituto Provincial de Oncología de Madrid. En el programa anterior nos hemos centrado en los aspectos emocionales y psicológicos que son determinantes o que están relacionados con el cáncer antes del diagnóstico. Invitamos entonces a Ana Isabel Fontes, que nos habló sobre estos temas y en los que se podía concluir que no se llegaba a conclusiones completamente fiables. En el programa de hoy nos vamos a hablar de la enfermedad de cáncer, la enfermedad de cáncer, y también de la enfermedad de cáncer.

nos vamos a centrar en las alteraciones psicológicas, afectivas y comportamentales que aparecen en los enfermos una vez que ya han sido diagnosticados de cáncer. Hoy tenemos con nosotros a Gloria Ruiz González, psicóloga del Instituto Provincial de Oncología de Madrid, que se va a basar en un estudio presentado por el equipo de psicólogos de ese instituto en el Congreso Iberoamericano de Cáncer que se celebró en Madrid en noviembre de 1985 y en otro trabajo presentado en el Simposium sobre Psicosomática y Cáncer celebrado en Zaragoza en el año 1985. ¿Cuál es, Gloria, en tu opinión, cuáles son las alteraciones psicológicas que se producen en los enfermos de cáncer? Bueno, voy a concretar un poquito para que luego la gente no generalice. Bueno, los datos a los que nos referimos están realizados en una muestra pequeña de 71 páginas, son pacientes en el Instituto Provincial de Oncología de Madrid.

que fueron elegidos por el criterio de necesidad de asistencia psicológica por parte del médico. De ellos, 46 fueron mujeres y 25 fueron varones. No tuvimos en cuenta, porque como nos eran remitidos según este criterio, no tuvimos en cuenta a la hora de seleccionar la muestra ni el tipo de cáncer que padecían ni el momento evolutivo de la enfermedad. De esta muestra, el 80% estaban hospitalizados. El 20% restante nos fue enviado por el equipo ambulatorio del hospital. Las edades oscilaban entre 16 y 76 años, la mayoría de ellos estando entre 56 y 76 años, con un nivel sociocultural medio bajo en el 97% de los casos. Los datos más significativos que han aparecido han sido, a nivel de porcentajes, para no repetir los porcentajes, es inseguridad personal, elementos ansiosos, depresivos.

fóbicos, regresivos, hipocondriacos, paranoides y obsesivos. Hay que dejar una cosa clara aquí, y es que en principio, como no conocíamos el campo, esperábamos encontrar cuadros

psicopatológicos, o sea, muy establecidos, ¿no? Sin embargo, hemos encontrado que hay muy poco, el porcentaje no es nada significativo. Lo que sí hay elementos psicopatológicos, que es lo que acabamos de nombrar, que son significativos porque suponen una adaptación del enfermo a la enfermedad, pero que, vamos, no pueden considerarse cuadros establecidos, ¿no? Sí, y bueno, de todas estas alteraciones de las que nos has hablado, ¿cómo puede influir en el comportamiento, o en otras áreas, el comportamiento del enfermo, como la afectividad o incluso su rendimiento general? Pues mira, un dato hallado también muy importante aquí ha sido la afectividad, que ahí aparecen dos datos.

Por un lado, aparece una afectividad muy empobrecida, muy fría, con lo cual establecen este tipo de enfermos un distanciamiento afectivo en un 39% más o menos de casos. Y por otro lado, una afectividad lábida, inmadura y desadaptada, que eso genera posteriormente problemas en las relaciones interpersonales. Problemas en no tener un buen control sobre los afectos, generan problemas agresivos y de comunicación. ¿Tiene el enfermo entonces recursos suficientes para adaptarse a la enfermedad? Bueno, en esta muestra hay que considerar que realmente no tienen recursos suficientes para adaptarse a la enfermedad. Hay que tener en cuenta a la hora de explicar todo cómo se adaptan estos enfermos, pues la muestra de dónde proviene. O sea, el CI es medio bajo. Todo esto está condicionado por tres tipos de cosas. Una. Porque la gente tiene una edad, entre 60 y 70 años, casi la mayoría, con enfermedad.

con lo cual ya acompañan a la inteligencia un deterioro intelectual, con lo cual hay una bajada del rendimiento. En segundo lugar, la muestra es muy primaria. Este instituto está muy especializado en enfermedades oncológicas, con lo cual remiten de toda parte de España gente con serias dificultades que no la pueden atender en otros centros. Y la tercera razón por la cual el CI es bastante bajo es porque toda enfermedad acompaña estados depresivos, regresivos y ansiosos, que eso produce bloqueos en la inteligencia. Y más en gente hospitalizada durante mucho tiempo que lo que les pasa a esta muestra. Los mecanismos que hemos estudiado, al contrario de otros autores, que dicen que los primeros encontrados son mecanismos como racionalización, negación, formación reactiva, a nosotros no nos han dado estos datos. Tal vez sea porque...

La muestra representa a un porcentaje de gente que ya está en una fase intermedia de evolución de la enfermedad, donde ya han asimilado que tiene una enfermedad grave, con lo cual ya tal vez el mecanismo de negación ya no sería tan viable. Ya no puedes negar que tienes una enfermedad, es evidente que la tienes porque estás hospitalizado y te están poniendo una serie de tratamientos. Por orden de importancia, a nosotros nos ha salido el primer mecanismo, conversión, luego evitación, represión, negación, formación reactiva, racionalización y sublimación. Generalmente estos mecanismos los estamos utilizando todo el mundo, la gente normal, lo que pasa es que en función de cómo los utilices y en qué cantidad los utilices, pues así va a repercutir en tu adaptación. Entonces vemos que el mecanismo de conversión en este tipo de pacientes no funciona. No suele ser muy bueno, porque generalmente en vez de extroyectar la agresividad hacia el medio, o sea la introyecta, con lo cual ellos mismos se pueden producir enfermedades psicosomáticas y empeorar la enfermedad.

no solo al cáncer, o sea que por un lado le están poniendo un tratamiento, pero la ansiedad que introyectan puede estar perjudicando el tratamiento que les están haciendo. Luego, el

mecanismo de evitación hace que el enfermo no se enfrente realmente a la situación. O sea, ante un tratamiento como quimioterapia, si le resulta tremendamente agresivo y no quieren, tratarán de no hacerlo, con lo cual es perjudicial para la evolución de su enfermedad, porque es fundamental que le pongan quimioterapia o cirugía en un momento determinado. Entonces, pues tratan de no hacerlo, con lo cual este mecanismo muchas veces no es adaptativo. Represión, que generalmente tratan de no pensar en la enfermedad. El mecanismo de negación se ha visto en un porcentaje muy bajo. Hay casos en gente joven que estaban muy mal y sin embargo tenían un mecanismo de negación muy estructurado, que realmente no es adaptativo, pero sí le evita ansiedad. La formación reactiva, eso se ve mucho.

y confunde mucho a los médicos, ven gente que está fenomenal por los pasillos, contentísima y tal, y que bueno, que lleva muy bien la enfermedad y luego te das cuenta, o sea, cuando haces una exploración que tiene un nivel de angustia tremendo, ¿no? Hacen una sobrecompensación ante la angustia, pues decir, bueno, a mí no me pasa nada, fenomenal, yo me adapto, aquí no pasa nada, ¿no? Sin embargo, luego hay una angustia tremenda. El de racionalización sería el ideal, el que se debería utilizar y generalmente pues esto depende más de una muestra con un C y más alto, ¿no? Generalmente la gente con más inteligencia pues racionaliza más y bueno, da una explicación más o menos lógica a la enfermedad. Y el de sublimación, pues en nuestro estudio la verdad es que tuvimos solo uno, ¿no? Que realmente, solo una persona de todas, ¿no? Que era una señora que escribía poemas, con lo cual de esa manera canalizaba la angustia ante la enfermedad, o sea, hacía algo positivo, se acercaba a los demás, interactuaba positivamente y olvidaba que se estaba muriendo, ¿no? Entonces esto más o menos... Entonces lo mecanismo...

que hemos encontrado. El cáncer normalmente lo asociamos con la muerte. Esto debe de ser una fuente de ansiedad para el enfermo que supongo que en algún momento incluso puede llegar a obsesionarle y sentirse incapaz de afrontarlo, ¿no? La muerte o la enfermedad. En este sentido, y teniendo en cuenta todas las alteraciones de las que nos has hablado, ¿habéis encontrado o existe alguna relación entre cáncer e ideas de suicidio o de muerte? Bueno, esto generalmente yo creo que la mayoría de la gente piensa en ello, ¿no? Sin embargo, luego la realidad o la práctica nos ha demostrado otra serie de cosas. Ideas de muerte hay, o sea, por lo menos en un principio, sobre todo cuando recibo una información como es que tienen un cáncer, ¿no? Primero lo que preguntan es, bueno, ¿cuánto tiempo? o ¿cómo va a ser eso, no? Pero nosotros después de realizar el estudio, al final hemos tenido que dar la razón a muchos autores anteriores,

que el seguimiento que han hecho enfermos durante muchos centenares de enfermos y mucho tiempo, han visto que realmente no se puede asociar el cáncer al suicidio. O sea, es que aquí habría que puntualizar una cosa. Generalmente el médico tiene mucho miedo a decirle al enfermo que tiene un cáncer porque piensa que se va a suicidar o porque automáticamente se va a deprimir. Sin embargo, los estudios confirman que el dar información no equivale a suicidarse. Creo que en estudios que han hecho sobre centenares hay un caso debido a la información que les han dado. O sea, que no es nada significativo. Por otro lado, al médico también le pasa que reacciona mucho a la información precisamente porque ven que de golpe el enfermo se va a pique, se deprime. Sin embargo, es peor que el no dar información. Y que el enfermo esté sucesivamente angustiado durante mucho más tiempo. Yo no sé qué es peor, si deprimirte, con lo cual encaja la...

[illegible]

de del paciente con el médico del paciente con la familia y entre ellos mismos aparecen problemas de comunicación aunque más adelante el próximo programa explicaremos esto un poco más detenimiento por lo voy a explicar un poquillo yo ahora los problemas de

comunicación que tienen con el médico suelen ser en dos sentidos uno por parte del médico de que no adecue la información al enfermo refugiándose en tecnicismos o que realmente no le diga no le diga la verdad y por otra parte por parte del enfermo porque por características de personalidad por la ansiedad que tiene muchas veces se bloquean y no se están enterando de lo que están diciendo entonces lo vuelven a preguntar sistemáticamente que lo que tiene cuando se va a curar bueno el caso que se produce un cansancio no de por ambas partes entonces ahí hay un corte en la comunicación o sea el médico informa hasta cierto punto y el médico perdón el médico informa hasta cierto punto y el enfermo pregunta hasta cierto punto no eso genera pues en cierta forma un alejamiento y un distanciamiento y un distanciamiento que se puede tener en el paciente y en el paciente y en el paciente y en el paciente y en el paciente y en el paciente el mantenimiento entonces

el médico y el paciente, que eso trae angustia, o sea, el paciente, ¿no? Por otro lado, también hay problemas en la comunicación entre la familia y el paciente. La familia muchas veces sabe, bueno, siempre sabe la información y sabe perfectamente que tiene un cáncer, la evolución de la enfermedad y el pronóstico, ¿no? Sin embargo, generalmente no se lo dicen al paciente. Y ahí hay una disonancia muchas veces entre lo que sabe la familia y lo que el paciente intuye, porque es que le sobreprotegen, se vuelcan sobre él, pero realmente no hablan de ello. Con lo cual, el paciente otra vez está incomunicado. O sea, teme tener un cáncer, puede pensar que tiene un cáncer, pero no se atreve a decir eso a la familia porque la familia no se lo dice a él por no disgustarles y se genera otro corte en la comunicación. Con lo cual, ahí el paciente vuelve a introyectar angustia, ¿no? Y se encuentra más aislado. Por otro lado, la relación... Hay dos líneas, ahí donde más hablan entre ellos son entre los mismos pacientes. Generalmente...

hablan de su enfermedad, pero aunque hay una mayor comunicación, esta no quiere decir que sea positiva. Generalmente se encierran en un círculo vicioso del que no salen, y es hablar de la enfermedad, de su evolución y de esa angustia. Si el vecino de al lado empeora, nos pasará a nosotros, o sea, genera aprehensión, genera muchísima angustia. En cuanto un paciente empeora o muere en la planta, automáticamente lo saben todos, o sea, que el cerrarse en ese núcleo no es nada positivo, sino que es la mayor comunicación que tienen entre ellos, porque realmente libremente pueden hablar de lo que piensan y lo que sienten. Generalmente también me gustaría puntualizar algo, y es que con la familia se supone que las relaciones entre el paciente y la familia empeorarán por que se padezca un cáncer. Generalmente el diagnóstico de cáncer, o que una persona tenga cáncer, es un impacto para la familia, tanto para el paciente como para la familia, porque trasloca todos los roles. Los familiares, es decir, si es un cabeza de familia, pues...

pues hay que aprender a funcionar sin él y generalmente los pacientes que son muy autónomos o han sido muy independientes tratan de no relegar su rol de autoridad aunque estén hospitalizados, con lo cual eso produce dificultades, porque si lo tiene que aceptar la mujer para manejar a los hijos en casa, que él no delegue esa autoridad a la mujer, pues crea follones. De todas maneras, se cree que generalmente las personas con cáncer tienen más problemas en las relaciones interpersonales. Lo que se ha visto es que generalmente relaciones establecidas antes del cáncer, que eran positivas y buenas, siguen siéndolo después de la aparición del cáncer. Sin embargo, las que eran ya malas se deterioran con el cáncer. O sea que realmente es una continuidad, lo que pasa es que necesitan un tiempo

de adaptación, ¿no? Pero generalmente no se suele entender. No se suele entender que las personas con cáncer se deterioran más simplemente por la aparición del cáncer. Eso ya estaba antes. Bueno, pues con esto damos por concluida el programa de hoy.

El próximo martes lo dedicaremos a las distintas terapias, distintos tratamientos que existen para los enfermos de cáncer en su vertiente psicológica. Y nada más. Buenas noches y hasta el próximo martes. Música Su intervención se ha basado en trabajos presentados en el Congreso Iberoamericano de Cáncer, celebrado en Zaragoza en 1986 y en una ponencia de trabajo presentada en el simposio.

sobre psicósomática y cáncer celebrado en Zaragoza en 1986. Inseguridad personal, ansiedad, depresión, fobias, regresividad, hipocondría, paranoia y obsesión son, según las investigaciones a las que nos hemos referido, algunas de las manifestaciones psicológicas que se manifiestan en el enfermo una vez que ha sido diagnosticado de cáncer. Otra de las conclusiones a las que se ha llegado en estos trabajos es que el enfermo diagnosticado de cáncer en un número considerable de casos presenta problemas en lo que se refiere a las relaciones interpersonales. ¿Qué es la enfermedad de cáncer?

Y esto ha sido todo por hoy en Vida y Salud. Recordamos a los alumnos matriculados en el curso de nivelación para ayudantes técnicos sanitarios que hacia las 10 menos 20 la revista de ATS estará dedicada a la asignatura de estadística. Hasta el próximo martes. Os dejamos ahora con las noticias.