

CANCER, INFORMACION Y DISPOSICION DE BIENES

Dra. Martha Valle Varela

Especialista de 1º Grado en Psiquiatría.

Lic. Mª Teresa Benito Menéndez

Lcda en Derecho.

Lic. Aracely Hernández Duarte

Lcda en Derecho. Camagüey, CUBA.

1. Introducción

El médico y el profesional de salud que, por razones de su especialidad atienden a pacientes oncológicos, se han visto siempre ante la cuestión de cómo recibiría una persona el diagnóstico de cáncer. La palabra "Cáncer" no siempre significa muerte y dolor. En consecuencia, no debe ser principio ocultar al enfermo su padecimiento, ni tampoco desvirtuarlo con mentiras, pues ello entraña dificultades en la relación médico-paciente con sus familiares y consecuentemente, en su derecho a tomar decisiones sobre sus bienes inmuebles y muebles, y la voluntad de testar o donar los mismos a sus descendientes, ascendientes y otros familiares o amigos.

El enfermo, consciente de su enfermedad, podría reorganizar su vida según su nuevo estado de salud, lo que puede lograrse con una actitud de confianza entre el médico, el paciente y los familiares.

La muerte irremediamente entraña miedo en el ser humano, por eso el médico tendría que lograr que la enfermedad sea cada vez más soportable, y tratarlo a través de las diferentes etapas que transcurren en una persona que conoce padece una enfermedad maligna: shock de breve duración,

fase de negación, rechazo de la posibilidad de padecerlo, fase de ira y sentimientos de culpa, con la clásica pregunta de ¿por qué a mí?. Todas estas etapas requieren una diferenciación en la forma de tratar al paciente. Aunque nuestras raíces latinas tienden a hacernos más impulsivos, esto no es motivo para ocultar su dolencia al paciente, sólo por el temor a que éste tome soluciones drásticas en su vida. Este es un trabajo de pesquijaje preliminar que pretende ir analizando hasta qué punto una sospecha es peor que una certeza, y darle derecho al afectado a administrar sus bienes como mejor él desee.

2. Objetivos generales

Conocer las características generales de 30 personas con diagnóstico de cáncer, ingresados en el Hospital Oncológico Provincial "Madame Courie" de Camagüey.

Objetivos específicos

De los casos señalados, conocer las siguientes características: edad, escolaridad, zona de residencia, ocupación, tiempo transcurrido entre la aparición de los primeros síntomas y la remisión al oncólogo, localización anatómica del cáncer, conocimiento de su padecimiento real, posibilidad de sospechas de padecer cáncer, vía de información, ideación suicida y síntomas psiquiátricos, y disposición de sus bienes.

3.- Material y método

Universo de trabajo:

Consta de 30 pacientes del sexo masculino, portadores de cáncer y que se encontraban ingresados en el Hospital Oncológico Provincial "Madame Curie", de Camagüey, en el año 1998.

Metodología:

Se confeccionó una encuesta que fue aplicada a los 30 pacientes con diagnóstico de cáncer confirmado y no terminal, en este caso del sexo masculino, ya que no se nos permitió por la Jefatura del Servicio de Mujeres entrevistarlas, pues a su consideración, esta entrevista podría hacerles sospechar que eran portadoras de cáncer, lo que iba en contra de las directrices éticas del Servicio.

A los casos encuestados se les recogieron los datos ya señalados y nos entrevistamos con sus familiares para conoer si alguno de estos pacientes había dispuesto de sus bienes de una u otra forma.

Para valorar la posibilidad de sospecha tuvimos en cuenta que tuvieran 3 de los siguientes elementos:

- 1.- Ingreso en Hospital Oncológico.
- 2.- Tratamiento sistemático con un especialista en Oncología.
- 3.- Recibir tratamiento con citostáticos.
- 4.- Recibir radioterapia.
- 5.- Tumoraciones visibles y operaciones sospechosas de neoplasias malignas.

Estos datos fueron tabulados manualmente por el método de palotes y se confeccionaron los resultados en forma de tablas y gráficos para su análisis.

Tabla 1

CASOS ESTUDIADOS SEGUN GRUPOS DE EDAD

Grupo de edad	F	%
31-40	1	3,3%
41-50	3	10%
51-60	8	26,7%
61-70	11	36,7%
71-80	6	20%
81-90	1	3,3%
Media:	55,8	

Tabla 3

CASOS ESTUDIADOS SEGUN ZONA DE RESIDENCIA

Zona de residencia	F	%
Urbana	14	46,6%
Rural	16	53,4%
Total	30	100%

Tabla 2

CASOS ESTUDIADOS SEGUN ESCOLARIDAD

Escolaridad	F	%
lletrado	4	13,3%
1 ^o -6 ^o grado	16	53,3%
7 ^o -9 ^o grado	8	26,7%
10 ^o -12 ^o grado	1	3,3%
Universitario	1	3,3%

Tabla 4

DISTRIBUCION DE CASOS ESTUDIADOS SEGUN OCUPACION

Ocupación	F	%
O.Agrícola	2	6,7%
O.Calificado	3	10%
T.Servicio	3	10%
Técnico Medio	2	6,7%
T.Cuenta propia	1	3,3%
Lic.Derecho	1	3,3%
Jubilado	18	60%
Total	30	100%

Tabla 5
CASOS SEGUN TIEMPO DE APARICION
DE LOS PRIMEROS SINTOMAS Y
REMISION AL ONCOLOGO

Tiempo	F	%
Menos de 1 mes	4	13,3%
1-3 meses	17	56,8%
3-6 meses	4	13,3%
6 meses-1 año	4	13,3%
más de 1 año	1	3,3%
Total:	30	100%

Tabla 7
CASOS QUE PUDIERAN SOSPECHAR
SU PATOLOGIA

Conocían	F	%
sí	30	100%
no	0	0%

Tabla 9
IDEAS SUICIDAS DESPUES DE SABER
SU DIAGNOSTICO

Ideas suicidas	F	%
sí	0	0%
no	6	0%
Total	6	100%

Tabla 6
CASOS QUE CONOCIAN ERAN
PORTADORES DE CANCER

Conocían	F	%
sí	6	20%
no	24	80%
Total	30	100%

Tabla 8
VIA DE INFORMACION DE LOS QUE
CONOCIAN SU PATOLOGIA

Vía de información	F	%
oncólogo	3	50%
médico familia	1	16,7%
otros médicos	1	16,7%
familiares	1	16,7%
Total	6	100%

Tabla 10
NO SE LES INFORMO POR PRESENCIA
IDEAS SUICIDAS

Ideas suicidas	F	%
sí	4	26,7%
no	20	83,3%
Total	24	100%

Tabla 11
MANIFESTACIONES PSIQUIATRICAS POSTERIORES A SU
ATENCIÓN ONCOLOGICA

Manifestaciones	Conocían	Diagn.	No conocían	Diagn.
sí	1	16,4%	15	62,5%
no	5	83,6%	9	37,5%
Total	6	100%	24	200%

Tabla 12
HABIAN DISPUESTO DE SSUS BIENES

Disposición bienes	F	%
sí	0	0%
no	30	100%

5. CONCLUSIONES

- La media de edad fue de 55,8.
- La mitad de los casos tenían una escolaridad primaria y pertenecían a la zona rural.
- Los jubilados y pensionados predominaron en nuestro estudio.
- La mayoría de los casos demoró su remisión a un oncólogo en menos 3 meses.
- Sólo un 20% de los casos conocían que padecían de cáncer, y de éstos, ninguno tenía ideas suicidas y sólo 1 caso tenía manifestaciones psiquiátricas.
- Entre los casos que no habían sido informados la mayoría tenía manifestaciones psiquiátricas y la cuarta parte de éstos, tenían ideación suicida.
- El total de los pacientes tenían índices de sospecha.
- Ninguno de los casos había dispuest de sus bienes muebles e inmuebles.

- En la mayoría de los casos, la vía de información fue a través de un médico.

6. RECOMENDACIONES

Como ya habíamos dicho, en nuestro medio de raíces latinas es muy frecuente encontrar la preocupación de nuestros médicos en informar a los pacientes de su diagnóstico de cáncer por temor a la presencia de suicidio en estos caso, o evitar trastornos psiquiátricos.

En este pequeño trabajo de pesquijaze preliminar encontramos que los casos que conocían su diagnóstico tenían menos síntomas e ideas suicidas que aquellos que lo sospechaban solamente. Con esto queremos replantearnos: ¿Qué es peor, la certeza o la sospecha? Con una valoración psicológica o psiquiátrica inicial, nos podría ayudar y definir los factores de riesgo en los casos y orientar cuál es el momento para dar la información y cómo debemos hacerlo. Esto ayudaría al oncólogo a discutir con sus pacientes los tratamientos a imponer (consentimiento informado) y ayudaría a estas personas a reorganizar su vida y poder disponer de sus bienes con tiempo a quien ellos deseen legarlos.