

Defensas y afrontamiento frente al cáncer de mama luego del diagnóstico y cirugía*

Trabajo original

Autores

Berta Varela

Licenciada en Psicología. Prof. Adjta. del Departamento de Psicología Médica, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

Rafael Alonso

Ingeniero. Departamento de Métodos Cuantitativos, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

Ana Galain

Licenciada en Psicología. Prof. Adjta. del Departamento de Psicología Médica, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

Ana Ibáñez

Licenciada en Psicología. Departamento de Psicología Médica, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

María Abreu

Licenciada en Psicología. Departamento de Psicología Médica, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

Correspondencia:
bvarela@hc.edu.uy

* Trabajo financiado por Research Advisory Board. University College of London. International Psychoanalytical Association.

Resumen

Los propósitos de este estudio fueron investigar las defensas y el afrontamiento predominantes frente al diagnóstico y cirugía en pacientes con cáncer de mama, analizar el rol de la negación y examinar con qué mecanismos de defensa y afrontamiento se relacionaban. Se buscó también identificar cuáles eran los mecanismos de riesgo de abandono de tratamientos. Métodos: Fueron evaluados 37 pacientes en la etapa de posdiagnóstico y 62 en postcirugía. Se realizó una entrevista semiestructurada posdiagnóstico y postcirugía. Se clasificaron los mecanismos de afrontamiento y defensa según el Manual de Ulmer, y el manual Defense Mechanism Rating Scale (DMRS). Resultados: La edad promedio de las pacientes fue 63 años (DS 11.2) y 62 (DS 2.79) años, respectivamente. Los mecanismos de defensa y afrontamiento predominantes en el diagnóstico y la cirugía fueron la negación y la aceptación activa. Los mecanismos de riesgo de abandono de la consulta y de los tratamientos fueron la disociación y la evitación activa. Conclusión: La negación en nuestra población de estudio se presentó como un mecanismo facilitador de un afrontamiento activo dirigido a superar las condiciones que la enfermedad trae consigo. El mecanismo de negación junto a otros mecanismos de afrontamiento activos no constituye un riesgo para el afrontamiento de la enfermedad, sino que, por el contrario, permite a las pacientes aceptar el tratamiento. La evitación del tratamiento se vincula a un afrontamiento pasivo, y a actitudes de desesperanza que impiden tomar acciones activas para enfrentar el tratamiento, no encontrándose correlación con la negación de la enfermedad o de su gravedad.

Palabras clave

Negación
Aceptación activa
Disociación
Defensas

Summary

The purpose of this study was to investigate defense and coping mechanisms facing diagnosis and surgery in breast cancer patients, to analyze the role of denial, and to examine the association with other defense and coping mechanisms, identifying risk predictors of treatment abandonment. Methods: Sample included 37 seven patients after diagnosis and 62 post surgery. An interview was made after diagnosis and surgery. Coping and defense mechanisms were identified according Ulmer Manual and Defense Mechanism Rating Scale, DMRS. Results: The average age was 63 (SD 11.2) and 62 (SD 2.79), respectively. Predominant coping and defense mechanisms in diagnosis and in surgery were denial and active compliance. Dissociation and active avoidance were risk factors for consultation and treatment abandonment. Conclusions: Denial characterized our sample and allowed active coping facing the stressors of illness. Denial was not a risk, on the contrary, it allowed women the acceptance of treatment. Active avoidance coping was related with passive coping and helplessness attitudes that impeded active behavior facing treatment. No correlations were found with denial of illness or gravity.

Keywords

Denial
Active compliance
Dissociation
Defenses

Introducción

El cáncer de mama constituye el cáncer más frecuente de la mujer en el Uruguay, con una tasa ajustada de 71.4 en el período 2002-2006, representando aproximadamente 1.800 casos por año.

Afortunadamente y gracias a la amplia difusión del screening mamográfico, cada vez se llega al diagnóstico en etapas más precoces, lo que, sumado a la variedad de estrategias terapéuticas (cirugía, hormonoterapia, quimioterapia y radioterapia), ha contribuido a la mejora sustantiva en el pronóstico de la enfermedad, siendo posible en el momento actual lograr sobrevividas globales superiores a 70 % a cinco años.

El estudio de los mecanismos de defensa y afrontamiento puestos en juego por las personas que enfrentan el diagnóstico de cáncer es de interés clínico y de investigación.

En un estudio descriptivo y prospectivo se buscó investigar cuáles son las defensas y mecanismos de afrontamiento usados por las mujeres que padecen cáncer de mama frente al diagnóstico y tratamiento quirúrgico.

Las defensas y el afrontamiento están vinculados con la forma en que los distintos estresores relacionados con la enfermedad son evaluados y procesados. La enfermedad personal y en especial el cáncer significan una amenaza a la integridad física y a la vida. La percepción de la realidad se ve distorsionada. Las defensas juegan un papel preponderante en este filtro o deformación de la misma.

Las personas hacen frente a la tensión a través de defensas y del afrontamiento.¹ Las defensas son procesos inconscientes que median entre el estímulo y la respuesta, por lo que distorsionan el significado de las situaciones, tanto amplificando como disminuyendo su intensidad. De acuerdo con Vaillant,² la percepción de peligro depende de la evaluación subjetiva, pudiendo las defensas alterar o negar la realidad.

R. Lazarus³ desarrolló el concepto de afrontamiento a partir del concepto de defensa. Por afrontamiento entiende todas aquellas acciones y cogniciones emprendidas por la persona con el objetivo de reducir el estrés. Así, la definición del afrontamiento orientada

hacia un proceso se refiere al: «Conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales, permanentemente cambiantes, desarrollados para hacer frente a las demandas específicas internas y/o externas, evaluadas como abrumadoras o desbordantes de los propios recursos».³

En particular, la negación es una importante área de estudio de las defensas en los pacientes con enfermedades crónicas y el cáncer⁴⁻⁶ y ha sido evaluada con diferentes instrumentos de acuerdo con los distintos marcos teóricos y clínicos. Los distintos resultados a los que arriban las investigaciones se deben, entre otros aspectos, a las diferentes definiciones e instrumentos utilizados para su medición y también al tamaño de las muestras seleccionadas; de ahí, la dificultad de generalizar los estudios.

Desde su definición original por Freud,⁷ como un mecanismo propio de la psicosis, el término ha tenido un destino diferente al de su concepción. Lazarus⁸ introduce su valor adaptativo frente a situaciones inmanejables, destacando su uso no como un acto único sino como un proceso dinámico que varía de acuerdo con condiciones internas y externas. Existe un giro desde una concepción inicialmente patológica a una adaptativa, pero no será el mecanismo en sí mismo el patológico sino que deberá observarse el resultado.

Junto a este giro desde la concepción clásica, creció la investigación en torno al estudio de la forma en que las personas reaccionan frente a las distintas exigencias de la enfermedad y en particular el uso de la negación.

Las distintas definiciones del término y su diferente operacionalización hacen que los hallazgos deban ser comparados con cautela, ya que es usado a veces como sinónimo de descreimiento, evitación, minimización.

Los hallazgos en torno al papel de la negación en las pacientes con cáncer deben analizarse en función de la definición y el instrumento de medida utilizado.

En el presente trabajo adoptamos la siguiente definición de negación: «El individuo enfrenta conflictos emocionales o tensiones internas o externas, rehusando reconocer algunos aspectos de la realidad exterior o de su experiencia que son evidentes para los otros. El sujeto niega activamente un sentimiento, una respuesta

afectiva o una intención en el pasado o en el presente, aunque su presencia sea o haya sido considerada obvia para el observador».⁹

La revisión de los trabajos que investigan este tema muestra que la prevalencia de la negación¹⁰ del diagnóstico en pacientes con cáncer se encuentra en un rango 4-47 %, la negación del impacto se da entre el 8-70 % y la negación del afecto entre 18-42 % de los pacientes. No encontramos en la revisión bibliográfica antecedentes en nuestro medio de un estudio similar en relación con mecanismos de defensa y afrontamiento frente al cáncer de mama.

Los pacientes de más edad son los más propensos a la negación. La negación¹¹ en pacientes con cáncer de mama es observable en las etapas iniciales y finales. Sin embargo, esta defensa por sí sola no tiene un valor pronóstico sobre la adaptación al proceso de enfermedad. Keitle¹² señala el rol central de la negación pero, al mismo tiempo, que ocurre un tipo de afrontamiento activo o pasivo. Esta defensa tiene un efecto favorable en la primera etapa y en la última etapa de la enfermedad y se correlaciona con la calidad de vida. Tiene además una función protectora en tanto ayuda a manejar la ansiedad en las fases iniciales y finales.

Sería relevante, entonces, un análisis sistemático que permita identificar qué otros procesos psíquicos o características de las personas, en sinergia con la negación, favorecen u obstaculizan la adaptación con un mayor poder de discriminación entre una evolución favorable o patológica.

Metodología

Se buscará responder las siguientes preguntas:

¿Cuáles son los mecanismos de defensa y de afrontamiento predominantes en las diferentes etapas de diagnóstico y cirugía?

¿Cuáles son los mecanismos de defensa predominantes que se relacionan con la posibilidad de afrontamiento de la enfermedad y sus consecuencias?

¿Cómo interviene la negación frente al diagnóstico de cáncer de mama? ¿Con qué

mecanismos de afrontamiento y defensa se relacionan?

¿Qué mecanismos ligados al riesgo de abandono de los tratamientos se encuentran presentes en esta población?

Población y muestra

Mujeres que consultaron en la Policlínica de Mastología del Hospital de Clínicas de Montevideo, Uruguay, entre 2005-2006; mujeres que consultaron en el Hospital de Clínicas, por motivos ginecológicos, que luego fueron derivadas a diagnóstico definitivo de cáncer de mama, o mujeres en internación o tratamiento de esta enfermedad. Participaron del estudio setenta pacientes que dieron su consentimiento. Se excluyeron las pacientes con retardo mental. Se captó pacientes en distintas instancias de su diagnóstico o tratamiento y luego fueron entrevistadas.

Se define las instancias:

- T1 Posdiagnóstico. Corresponde a una entrevista realizada no más allá de una semana de aquella consulta en la que a la paciente le confirman el diagnóstico.
- T2 Postcirugía. Corresponde a una entrevista realizada no más allá de una semana de la cirugía.

Las pacientes fueron captadas luego de su consulta ginecológica, concertando una entrevista para la semana siguiente (T1) o, en algunos casos, fueron captadas al hacer una revisión semanal de las internaciones o la derivación a tratamiento. En los casos de cirugía, se las captaba en sala o en la primera instancia de curación (no más allá del primer mes luego de la cirugía).

Métodos

Se realizó una entrevista semiestructurada posdiagnóstico (no más allá de una semana de la consulta en la que a la paciente le confirman el diagnóstico) y postcirugía (no más allá de una semana de la cirugía). Las entrevistas

fueron grabadas y luego de su desgrabación se identificaron y cuantificaron los mecanismos de afrontamiento y defensas, mediante el Manual de Ulmer¹³ y el manual Defense Mechanism Rating Scale (DMRS).

Entrevista semiestructurada. A través de una serie de preguntas-guía se investigó la repercusión emocional de la enfermedad y sus tratamientos y la forma de manejar esta situación. En la entrevista se preguntó por el impacto del diagnóstico, los pensamientos y sentimientos originados por este, la repercusión familiar y la relación con el médico. Se preguntó también sobre el impacto de la

cirugía en la imagen corporal y en la relación de pareja. Se registró la duración total de la entrevista.

DMRS. Es un sistema que guía la inferencia clínica para la identificación de mecanismos de defensa específicos. Permite el análisis de los contenidos de la entrevista. Define 28 mecanismos de defensa (tabla 1).

Ulmer Coping Manual. Provee una metodología cualitativa (análisis de contenido de entrevistas semiestructuradas) para evaluar la forma en que las personas enfrentan el estrés de la enfermedad. Permite identificar 35 definiciones de estrategias de afrontamiento (tabla 2).

Tabla 1 | Mecanismos de defensa según el DMRS

Jerarquía de adaptación: Defensas y nivel de defensas

- 1) Action Level: (D1.1) acting out, (D1.2) hipocondriasis, (D1.3) agresión pasiva.
- 2) Nivel mayor de distorsión de la imagen: (borderline): (D2.1) escisión de la imagen de los otros, (D2.2) escisión de la auto imagen, (D2.3) identificación proyectiva.
- 3) Nivel de «disavowal»: (D3.1) negación, (D3.2) proyección, (D3.3) racionalización. Aunque no es una defensa de disavowal, la fantasía autista se puntúa en este nivel.
- 4) Distorsión de la imagen (menor) Narcisista: (D4.1) devaluación, (D4.2) idealización, (D4.3) omnipotencia.
- 5) Otro nivel neurótico: a) (D5.1) represión, (D5.2) disociación, b) (D5.3) formación reactiva, (D5.4) desplazamiento.
- 6) Nivel obsesivo: (D6.1) intelectualización, (D6.2) aislamiento, (D6.3) anulación.
- 7) Nivel adaptativo alto I (maduro): (D7.1) afiliación, (D7.2) altruismo, (D7.3) anticipación, (D7.4) humor, (D7.5) autoafirmación, (D7.6) autoobservación, (D7.7) sublimación, (D7.8) supresión.

Tabla 2 | Lista de mecanismos de afrontamiento según Ulmer Coping Manual

C1 actividad de distracción	C13 cavilación	C25 control de los estímulos
C2 espera indecisión	C14 reñir	C26 relativizar
C3 aceptación activa	C15 humor	C27 resignación/desesperanza
C4 evitación activa	C16 búsqueda de información	C28 auto valoración
C5 aceptación	C17 desvío cognitivo	C29 auto control
C6 altruismo	C18 compensación	C30 dar sentido
C7 anticipación	C19 aprendizaje por modelos	C31 distracción social
C8 atribución	C20 optimismo/esperanza	C32 retracción social
C9 rebeldía	C21 aceptación pasiva	C33 estoicismo
C10 tomar la iniciativa	C22 fantasías positivas	C34 expresión de deseos
C11 soporte emocional	C23 resignificación positiva	C35 cumplimiento de deseos
C12 fatalismo	C24 análisis de problema	

Análisis estadístico

Se describe los mecanismos de defensa y de afrontamiento en posdiagnóstico y postcirugía, así como la asociación entre defensas y afrontamiento vinculados al riesgo de abandono de los tratamientos.

Para analizar la cantidad de apariciones de los mecanismos de defensa y afrontamiento se usó medidas descriptivas de tendencia central y dispersión como medias, medianas y desvíos estándares.

Para comparar la diferencia en la aparición de cada mecanismo de defensa entre la etapa de posdiagnóstico y postcirugía se usó el test de t y/o Mann Whitney, en caso de no verificar la normalidad de la distribución. Para valorar la asociación entre los diferentes mecanismos se usó el coeficiente de correlación de Spearman. Se consideró como valor de significación 0.05. Para los mecanismos de afrontamiento y defensas se consideró en primera instancia la frecuencia de aparición de los diferentes mecanismos. Dado que las entrevistas difieren en su duración, se calculó una medida adicional que consiste en dividir la frecuencia de aparición del mecanismo durante la entrevista sobre la duración de la misma. Para evitar números excesivamente pequeños en mecanismos poco utilizados, se expresa el número por cada 100 minutos de entrevista.

Aspectos éticos

El proyecto fue aprobado por el comité de ética del Hospital de Clínicas. Todas las pacientes dieron su consentimiento escrito.

Resultados

Fueron evaluadas 37 pacientes en la etapa de posdiagnóstico y 62 en postcirugía. La edad promedio de las pacientes fue 63 años (DS 11.2) y 62 (DS 2.79) años, respectivamente. El 23 % y 29 % estaban casadas en el momento de la entrevista. El 62 % presentó estadios tempranos en posdiagnóstico y 63 % en postcirugía.

Los mecanismos de afrontamiento y defensas usados en la etapa de posdiagnóstico se muestran en las tablas 3 y 4, de tal manera que en estas pacientes se encontró que, en una entrevista de 100 minutos, habrían usado en promedio casi 13 veces (indicado por la media) el mecanismo de «aceptación activa» y la mitad o más lo usaría 9 veces (indicado por la mediana).

En las tablas 5 y 6 se presentan los mecanismos de afrontamiento y defensa más frecuentes en la etapa de postcirugía.

Tabla 3 | Mecanismos de afrontamiento predominantes en etapa posdiagnóstico

Número de ocurrencias cada 100 minutos de entrevista

Afrontamiento	Media*	Desviación estándar*	Mediana*	N.º de pacientes que lo usaron (N=37)	% Pacientes que usaron el mecanismo
Aceptación activa	12.17	13.73	9.23	24	65 %
Evitación activa	8.71	14.12	3.45	22	59 %
Soporte emocional	6.22	7.44	3.33	25	68 %
Fatalismo	6.26	9.70	0.00	18	49 %
Reñir	4.95	8.96	0.00	16	43 %
Control de estímulo	3.12	3.87	2.22	19	51 %
Autocontrol	5.71	8.48	0.00	16	43 %
Estoicismo	5.30	20.00	0.00	8	22 %

*Expresado en número de apariciones por cada 100 minutos de entrevista.

Tabla 4 | Mecanismos de defensa predominantes en el posdiagnóstico

(los mas relevantes) (n=37). Número de ocurrencias cada 100 minutos de entrevista

Defensa	Promedio	Desvío	Máximo	Mínimo	N.º de pacientes que los usaron	%
Negación	24.21	16.04	24.00	0	33	89 %
Proyección	5.62	9.97	0.00	0	18	49 %
Racionalización	8.47	9.59	5.56	0	23	62 %
Devaluación	2.84	6.53	0.00	0	10	27 %
Idealización	0.71	1.75	0.00	0	6	16 %
Omnipotencia	1.09	2.39	0.00	0	8	22 %
Represión	0.34	1.48	0.00	0	1	3 %
Disociación	2.12	5.61	0.00	0	2	5 %
Formación reactiva	0.83	3.13	0.00	0	4	11 %
Desplazamiento	5.46	6.87	2.22	0	21	57 %
Intelectualización	1.46	3.08	0.00	0	2	5 %

Tabla 5 | Mecanismos de afrontamiento predominantes en etapa post 1.ª cirugía

Número de ocurrencias cada 100 minutos de entrevista

Afrontamiento	Mediana	Media	D. E.	N.º de pacientes que los usaron	%
Aceptación activa	8.11	10.17	9.20	53	85
Búsqueda de apoyo emocional	5	8.49	8.83	46	74
Reñir	0	3.80	6.56	26	42
Control de estímulos	1.82	2.67	3.92	34	54
Autovalorización	2.13	3.94	5.39	33	53
Autocontrol	0	6.84	9.28	30	48
Evitación activa	8.9	11,1	9,4	12	19

Tabla 6: Mecanismo de defensa predominantes en etapa post 1.ª cirugía

Número de ocurrencias cada 100 minutos de entrevista

Defensa	Media	Mediana	Desvío	N.º de pacientes que los usaron	% mínimo
Negación	22.69	20.00	13.45	60	97 %
Proyección	5.65	3.05	7.56	41	66 %
Racionalización	7.17	4.12	8.97	51	82 %
Desplazamiento	7.34	5.56	7.49	49	79 %
Intelectualización	1.93	0.00	3.58	22	35 %
Afiliación	3.22	0.00	4.98	28	45 %
Autoobservación	1.67	0.00	3.83	13	21 %
Disociación	0.27	0.00	0.99	5	8 %

Siendo que la aceptación activa es el mecanismo de afrontamiento más usado, se evaluó su correlación con otros afrontamientos y defensas (tablas 7 y 8).

Como la negación resulta de interés se analizó su asociación con afrontamiento y otros mecanismos de defensa (tablas 9 y 10). En la etapa de posdiagnóstico se obtuvo que la nega-

TABLA 7 | Correlación de la aceptación activa con defensas y afrontamiento en posdiagnóstico

Defensas	Coefficiente correlación	p-valor
Autoafirmación	r=0.54	p=0.0001
Hipocondriasis	r=-0.32	p=0.05
Devaluación	r= - 0.36	p=0.03
Afrontamiento		
Apoyo emocional	r = 0.35	p=0.04
Análisis de problema	r = 0.33	p=0.05
Autocontrol	r = 0.36	p=0.03
Evitación activa	r = -0.36	p=0.03
Aceptación pasiva	r = - 0.45	p=0.001

TABLA 8 | Correlación de la aceptación activa con defensas y afrontamiento en postcirugía

Defensas	Coefficiente correlación	p-valor
Racionalización	r=0.26	p=0.04
Afiliación	r=0.33	p=0.001
Altruismo	r=0.29	p=0.02
Autoafirmación	r=0.36	p=0.001
Acting out	r=-0.32	p=0.01
Hipocondriasis	r=-0.52	p=0.001
Agresión pasiva	r=-0.40	p=0.001
Escisión de las imágenes de los otros	r=-0.36,	p=0.001
Identificación proyectiva	r=-0.24	p=0.05
Disociación	r=-0.30	p =0.01
Afrontamiento		
Aceptación/creación compromiso	r=0.31,	p=0.01
Anticipación	r=0.33	p=0.01
Tomar la iniciativa	r=0.40	p=0.00
Desviar la atención	r=0.28	p=0.03
Esperanza,	r=0.28,	p=0.03
Análisis de problema	r=0.35	p=0.001
Autovalorización	r=0.36	p=0.001
Autocontrol	r=0.37	p=0.001
Con fatalismo	r= -0.32	p=0.01
Reñir	r= -0.35	p=0.01
Aceptación pasiva	r= -0.33	p=0.01
Desesperanza	r= -0.36	p=0.001
Cumplimiento de deseo	r= -0.33	p=0.01

TABLA 9 | Correlación de la negación con defensas y afrontamiento en posdiagnóstico

Defensas	Coefficiente correlación	p-valor
Racionalización	r=0.43	p=0.01
Omnipotencia	r=0.44	p=0.01
Hipocondriasis	r=0.33	p=0.05
Afrontamientos		
Tomar la iniciativa	r=0.39	p=0.01
Desviar la atención	r=0.36	p=0.01

TABLA 10 | Correlación de la negación con defensas y afrontamiento en postcirugía

Afrontamientos	Coefficiente correlación	p-valor
Control de estímulo	r= 0.41	p=0.001
Relativizar	r= -0.32	p= 0.01

ción (d31) correlaciona positivamente con la racionalización ($r=0.43$, $p=0.01$), omnipotencia ($r=0.44$, $p=0.01$) e hipocondriasis ($r=0.33$, $p=0.05$), no habiendo correlación negativa con ninguna otra defensa. En relación con los mecanismos de afrontamiento se encontró que la negación correlaciona positivamente con «tomar la iniciativa» ($r=0.39$, $p=0.01$) y «desviar la atención» ($r=0.36$, $p=0.01$), y no se encontró correlaciones negativas significativas.

En la etapa de postcirugía no se obtuvo correlaciones estadísticamente significativas al 5 % con otras defensas. En cuanto a su asociación con mecanismos de afrontamiento se halló correlación significativa y positiva con «control de estímulo» ($r=0.41$, $p=0.001$) y negativa con relativizar ($r=-0.32$, $p=0.01$).

Dado que la negación fue usada por la gran mayoría, se optó por dividir a la población en dos grupos a partir de la mediana de utilización (mediana=20), y comparar con los demás mecanismos.

De esta manera, se pudo identificar que aquellas pacientes con un uso más frecuente de la negación en la entrevista usaron más frecuentemente también los mecanismos de aceptación activa y control de estímulo y menos la defensa represión (tabla 11).

Las pacientes que utilizan la evitación al tratamiento han tenido algún tipo de demora en su inicio. A partir de la frecuencia de uso de este mecanismo, se las divide en dos grupos y se compara con los demás mecanismos, encontrando que 59 % en posdiagnóstico y

Tabla 11 | Comparación de uso del mecanismo según dos grupos

Mecanismo	Valor-p (Mann Whitney)
Aceptación activa	0.04
Control de estímulos	0.01
Represión	0.01

(Uso de la negación menor a la mediana y uso Mayor a la mediana) en postcirugía.
Número de ocurrencias cada 100 minutos de entrevista

19 % en postcirugía han utilizado la evitación al tratamiento.

Las pacientes que utilizan este estilo de afrontamiento defensa han tenido algún tipo de demora en el inicio del tratamiento. En posdiagnóstico no se encontró diferencias. En postcirugía las que usaron la evitación activa se caracterizaron por mayor uso de mecanismos como espera-indecisión, la queja, la desesperanza, la aceptación pasiva y la expresión de deseos, y menor uso de aceptación-creación de compromiso. En cuanto a las defensas, se observó un mayor uso de escisión de la imagen de sí mismo. Estos resultados fueron significativos en todos los casos.

Por lo tanto, se encontró que la evitación del tratamiento se vinculaba a actitudes pasivas y de resignación desesperanza, y a la escisión como mecanismo de defensa. Se calculó la correlación entre los diferentes mecanismos. En casos de correlación positiva entre dos

mecanismos significó que el aumento en el uso de un mecanismo se vio acompañado por el aumento del otro; en caso de correlación negativa entre dos mecanismos el aumento en el uso del primero se vio acompañado por la disminución en el uso del otro. En la tabla 12 se comparó el uso de los demás mecanismos en relación con el uso o no de la evitación activa.

Siendo la disociación otro mecanismo ligado al riesgo de abandono de los tratamientos se analizó su correlación con los demás mecanismos. En la etapa posdiagnóstica solo se encontró correlaciones significativas con algunos mecanismos de afrontamiento y no con otras defensas (tabla 13).

En la etapa posdiagnóstica se observó correlación positiva con atribución (0.41, p=0.01); cavilación (0.44, p=0.01); aprendizaje por modelos en negativo (0.41, p=0.01); control de pensamiento (-0.37, p=0.02). No se encontró correlaciones significativas con otras

Tabla 12 | Comparación de uso del mecanismo según dos grupos

(Uso o no de la evitación activa en postcirugía)

Mecanismo	No uso de la evitación (Media(DE))	Uso de la evitación (Media(DE))	Valor-p (MW)
Espera indecisión	1.1 (2.7)	2.9(3.5)	0.01
Aceptación/creación compromiso	2.7(3.1)	1.4 (4.9)	0.01
Reñir	2.8(5.4)	7.1(8.0)	0.02
Aceptación pasiva	0.7 (3.5)	1.8(2.2)	<0.01
Desesperanza	0.9(2.4)	5.7(10.4)	0.01
Expresión de deseos	0.2(1.0)	1.1(2.4)	0.02
Escisión de la auto imagen	0.1(0.5)	0.6(1.5)	0.10

DE: desviación estándar. MW: test de Mann-Whitney

TABLA 13 | Correlación de la disociación con defensas y afrontamiento en posdiagnóstico

Afrontamiento	Coefficiente correlación	p-valor
Atribución	0.41	p=0.01
Cavilación	0.44	p=0.01
Aprendizaje por modelos en negativo	0.41	p=0.01
Control de pensamiento.	-0.37	p=0.02

defensas, destacándose la correlación con la anulación, aunque no llega a la significación seleccionada (valor $p=0,06$).

En la etapa de postcirugía, en cuanto a los mecanismos de afrontamiento, la disociación correlaciona negativamente con aceptación activa (-0.30 , $p=0.02$); aceptación de compromiso (-0.27 , $p=0.040$); relativizar (-0.25 , $p=0.01$); dar sentido a la experiencia (-0.25 , $p=0.05$) y positivamente con (C16) búsqueda información (0.31 , $p=0.01$).

En la etapa de postcirugía, en cuanto a los mecanismos de defensa, no se encontró correlación negativa estadísticamente significativa entre la disociación y las defensas y se encontró correlaciones positivas con acting out (0.40 , $p=0.001$); hipocondriasis (0.38 , $p=0.001$); escisión de la imagen de los otros (0.53 , $p=0.001$); identificación proyectiva (0.43 , $p=0.001$) y anulación (0.27 , $p=0.04$).

Las asociaciones con defensas y el afrontamiento en la etapa de postcirugía se muestran en la tabla 14.

TABLA 14 | Correlación de la disociación con defensas y afrontamiento en postcirugía

Defensas	Coefficiente correlación	p-valor
Acting out	0.40	$p=0.001$
Hipocondriasis	0.38	$p=0.001$
Escisión de la imagen de los otros	0.53	$p=0.001$
Identificación proyectiva	0.43	$p=0.001$
Anulación	0.27	$p=0.04$
Afrontamiento		
Aceptación activa	-0.30	$p= 0.02$
Aceptación/creación de compromiso	-0.27	$p=0.04$
Relativizar	-0.25	$p=0.01$
Dar sentido a la experiencia	-0.25	$p=0.05$
Búsqueda información	0.31	$p=0.01$

Discusión

El análisis de las entrevistas mostró un predominio de la negación, con el punto máximo de ocurrencias en la fase diagnóstica. Por su uso tan extendido solo se podrá comprender su función si se analiza su accionar en relación con otras defensas.

Esta defensa es usada por 89 al 97 % de las pacientes en las diferentes entrevistas. La media de las ocurrencias es entre 15 y 24, el punto máximo es alcanzado en la fase diagnóstica pero la misma ocurre frente a distintos aspectos de la enfermedad, del tratamiento o de los afectos. Llamó la atención el uso de

este mecanismo en las distintas pacientes, cada una con sus distintas realidades y frente a diferentes eventos relacionados con la enfermedad. La negación sucede frente a la información brindada por el médico, frente a algún aspecto de la enfermedad o sus consecuencias.

Todas las entrevistas se hicieron a pacientes que conocían su diagnóstico, lo cual hace más llamativa la negación. Solo podremos comprender su uso y su función si analizamos su accionar en relación con otros mecanismos de defensa, ya que la negación fue el común denominador donde los otros mecanismos se desplegaron.

También ocurre aun cuando, paradójicamente, se produce la aceptación del diagnóstico (en la fase posdiagnóstico) y del tratamiento (en la fase postcirugía). Se presenta más en la fase posdiagnóstica, momento en el que se asocia fuertemente con mecanismos como la hipocondriasis, la racionalización y la omnipotencia (tabla 9).

La presencia de la omnipotencia en algunas pacientes fue interpretada como una excesiva confianza en un poder desmedido para afrontar las circunstancias difíciles presentes o futuras, o la creencia de su invulnerabilidad. El número de pacientes que presentaron omnipotencia fue bajo, pero su intensidad es lo que determina la asociación. El uso de la proyección se vincula a la necesidad de depositar aspectos hostiles fuera de sí. Aun cuando se acepta el tratamiento (en particular, la cirugía), las pacientes niegan las consecuencias funcionales y afectivas que esa situación pueda generar.

En postcirugía esto sugiere configuraciones defensivas unidas a mecanismos de afrontamiento. La negación forma parte de una dimensión vinculada a la aceptación del tratamiento, que se acompaña del intento de manejar los pensamientos relacionados con la enfermedad, control de estímulos, con bajos niveles de represión (tabla 11).

La negación, lejos de ser un obstáculo en las pacientes de nuestro estudio, es entonces un mecanismo facilitador de un tipo de afrontamiento dirigido a superar las condiciones que la enfermedad trae consigo y permite lograr una sensación de que es posible hacer algo, visto por su correlación con «tomar la iniciativa» y «desviar la atención», mostrando que cierta dosis de distorsión de la realidad es necesaria para afrontar tan difícil situación.

El uso frecuente de la negación parece indicar que no es ella en sí misma la que pone a las pacientes en riesgo de incumplimiento de los tratamientos o de consulta tardía. La negación en estos casos parece cumplir un papel protector que permite a la persona adaptarse a la nueva realidad.

La mayor parte de la población mostró una aceptación activa como afrontamiento unido a este uso frecuente de la negación (tabla 11). Se presentó en configuraciones de mecanismos evolucionados y activos (nivel alto maduro) y

en relación inversa a la desesperanza y defensas de nivel bajo. Se destaca la búsqueda de soporte social en estas pacientes y también la necesidad de contener las emociones despertadas por la enfermedad (autocontrol), una vez que estas están presentes. La asociación de los mecanismos de afrontamiento que permitieron aceptar la enfermedad y el tratamiento se unen a defensas de nivel adaptativo alto.

Otro mecanismo de importancia para ayudar a soportar la amenaza existencial fue el desplazamiento. Este mecanismo consiste en poner el foco de la atención en otra situación menos estresante o más manejable y permite seguir funcionando y aceptar el tratamiento (tabla 4).

Las correlaciones entre las defensas variaron en los distintos momentos de la enfermedad. La evitación del tratamiento y las demoras presentes en algunas pacientes se vinculaban a mecanismos de afrontamiento pasivos, y a actitudes de desesperanza que impedían tomar acciones activas para enfrentar el tratamiento. Estos mecanismos no se vincularon con la negación de la enfermedad o de su gravedad (tabla 12).

El mecanismo de disociación es usado por un porcentaje muy bajo de pacientes, pero se lo destaca debido al riesgo que constituye para las mismas. El diagnóstico de la enfermedad operó a modo de trauma, siendo la disociación la responsable de la alteración de la capacidad de respuesta. Las pacientes en las cuales se observó la presencia de este mecanismo demoraron un año, y en otros casos más de dos años, en consultar.

En cirugía este mecanismo correlaciona con mecanismos de defensas tales como la hipocondriasis (el rechazo a todo intento de ayuda), el acting out, la identificación proyectiva y la escisión. Tiene una relación inversa con mecanismos de afrontamiento relacionados con la aceptación del tratamiento y la búsqueda de información, todos ellos mecanismos activos en relación con enfrentar la enfermedad y el tratamiento. La reducción de la conciencia de lo que está ocurriendo, propio de estos mecanismos de defensa, deja a estas mujeres sin recursos para un afrontamiento adecuado. Estas pacientes han convivido con la enfermedad por años sin consultar ni comunicar la situación a otras personas.

Es importante destacar que lo que determina el efecto adaptativo o patológico de una defensa psicológica no es su uso exclusivo, sino la particular relación entre las diferentes defensas.

Las configuraciones defensivas de riesgo para las pacientes, que incluyen el acting out, la escisión de las imágenes de los otros y la identificación proyectiva, dan como resultado una reacción negativa. La disociación de lo que pasa en su cuerpo les permitió seguir funcionando como si nada sucediera, por lo que la persona queda inhibida e imposibilitada de pedir ayuda. El procesamiento psicológico se ve impedido, así como las debidas conductas adaptativas que pueden resultar en consecuencia.

Estas pacientes muestran un particular procesamiento de la información frente a lo traumático. Por ejemplo, hay pacientes con cáncer que demoran años en consultar al médico, a pesar de tener síntomas claros de enfermedad. Otras consultan pero luego no siguen las indicaciones del médico. No existía en ellas una resolución deliberada de no asistirse, ni de abandono, sino que permanecieron en una suerte de trance prolongado. El pensamiento consciente no alcanza para explicar lo que ocurre en estas pacientes, sino que se evidencia la presencia de una defensa inconsciente.

Este estudio tiene limitaciones debidas al bajo número de pacientes que hace que no sea generalizable. Pero permitió ver, de todas maneras, que es importante observar la combinación de defensas con el afrontamiento para definir el uso adaptativo o mal adaptativo de estas y, en especial, de la negación.

Conclusiones

La negación es una característica casi universal de la población estudiada de pacientes con cáncer de mama, quienes recibieron diagnóstico y cirugía. En este estudio se presenta como un mecanismo facilitador de un afrontamiento activo dirigido a superar las condiciones que la enfermedad trae consigo, permitiendo lograr una sensación de que es posible hacer algo. Permite a las pacientes

darse tiempo para procesar la información, mientras toman las medidas necesarias en relación con la enfermedad. Este uso tan extendido de la misma junto a otros mecanismos activos, muestra que cierta dosis de distorsión de la realidad es necesaria para afrontar esta difícil situación. Son los menores usos de negación los que en este estudio se asociaron a una actitud pasiva, resignada y querellante en relación con la enfermedad.

Lejos de ser algo negativo o patológico, la negación demostró ser una aliada, ya que permitió a estas mujeres seguir funcionando luego de recibir el diagnóstico y contribuyó al proceso adaptativo. Del análisis de los resultados de este estudio, se desprende que el mecanismo de negación no constituyó un riesgo frente a la enfermedad, sino que, por el contrario, permitió a las pacientes aceptar el tratamiento. Es necesario evaluar qué otras defensas acompañan a la negación para determinar el riesgo.

Se coincide con Kreidler en que puede unirse a afrontamientos activos o pasivos, pero es la intensidad del uso de la misma lo que determina en este estudio su asociación con unos u otros.

Se identificaron además dos configuraciones defensivas que ponen en riesgo a las pacientes: una relacionada con la evitación y otra relacionada con la disociación. En la primera, las pacientes adoptan una actitud pasiva dilatoria de la consulta y los tratamientos; en la segunda, el diagnóstico de la enfermedad y el tratamiento adquirieron el impacto de trauma. Esto estuvo acompañado de configuraciones defensivas peculiares que, por un lado, intentaron proteger a la mente del impacto y por otro, generaron la falta de atención a la enfermedad.

Esta configuración defensiva es de riesgo no solo desde el punto de vista psicopatológico, sino desde el punto de vista del impacto sobre la salud física.

Muchas concepciones actuales sobre las defensas ponen de relieve que el carácter adaptativo o psicopatológico de estas debe definirse en relación con alguna variable de resultados. En el contexto de enfermedades que son una amenaza para la vida deben analizarse en función de sus «costos y beneficios».

La definición freudiana que los vinculaba a la psicopatología y a la sexualidad se ha extendido a la adaptación frente a la situación de enfermedades que ponen en riesgo la vida. Será su adecuación con la situación lo que determinará lo adaptativo o maladaptativo.

Agradecimientos

Se agradece al Prof. Dr. Bernardi su invaluable supervisión y apoyo. Este trabajo es parte de una tesis de doctorado.

Referencias bibliográficas

1. **Aldwin C.** Stress, coping and development: an integrative perspective. New York: The Guildford Press; 1994.
2. **Vaillant G.** Ego mechanisms of defense: a guide for clinicians and researchers. Washington: American Psychiatric Press; 1992.
3. **Lazarus R, Folkman S.** Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca Ediciones; 1986.
4. **Goldbeck R.** Denial in physical illness. *J Psychosom Res* 1997; 43:575-593.
5. **Hack TF, Degner LF.** Coping with breast cancer: A cluster analytic approach. *Breast Cancer Res Treat* 1999; 54:185-194.
6. **Vos MS, de Haes J.** Denial in cancer patients, an explorative review. *Psychooncology* 2007; 16: 12-25.
7. **Freud S.** La negación. En: Freud S. Obras completas. Vol. XIX. Bs. As.: Amorrortu Editores; 2003, pp. 249-253.
8. **Lazarus RS.** The costs and benefits of denial. In: S. Breznitz (ed). *The denial of stress*. New York: International Universities Press; 1983, pp. 1-30.
9. **Perry JC.** Escalas de evaluación clínica de los mecanismos de defensa. Versión revisada en febrero de 1990. The Harvard Medical School; 1990.
10. **Vos M, Putter H, van Houwelingen HC, de Haes HC.** Denial in lung cancer patients: a longitudinal study. *Psychooncology* 2008; 17:1163-1171.
11. **Kreitler S.** Denial in cancer patients. *Cancer Invest* 1999; 17:514-534.
12. **Kreitler, S.** Defense mechanisms and physical health. In: Kreitler S. *Defense mechanisms, theoretical, research, and clinical perspectives*. Elsevier; 2004: pp. 477-519.
13. **Tschuschke R, Denzinger R, Gaismaier R.** Manual de mecanismos de coping de Ulm. Versión revisada. 1996.