

Factores Protectores y Vulnerables en Pacientes Oncológicos Candidatos al Autotrasplante de Médula Ósea (Tamo)

Resumen. El trasplante de médula ósea, práctica médica para enfermedades hematológicas tiene dos tipos: autotrasplante (TAMO) y alogénico. Se abordó el primero. Es un proceso terapéutico de fases con diferentes necesidades y reacciones psicológicas. El significativo estrés que provoca llevó a revisar paradigmas tradicionales creando nuevos conceptos para comprender y operar sobre estas problemáticas, encontrándolos en la psiconeuroinmunoendocrinología. Se detectaron factores protectores, y vulnerables para elaborar un perfil integral del paciente candidato al TAMO atendidos en Sanatorio Allende, Córdoba. Muestra no probabilística intencional: 79 sujetos. Estudio descriptivo transversal correlacional. Variables biomédicas y psicosociales evaluadas con entrevistas clínicas (TAMO FIT); dimensiones: funcionamiento familiar, individual y capacidad elaborar trasplante, termómetro estrés (Holland, 1998); Escala Locus control salud multidimensional MHLC-C (Wallston, 1999); Escala indicadores vulnerabilidad (Weisman, 1977); Inventario Depresión (BDI, 1996) y Escala desesperanza (HS, 1988) Beck; Inventario Estrategias de afrontamiento (Tobin, 1985). Resultados: El perfil se caracteriza por significativo estrés y elevada preocupación por variable física sin asociación a baja vulnerabilidad psicológica global. Alta esperanza de cura y calidad de vida conectan a proyectos con menor probabilidad de ansiedad y depresión, reforzado por estrategias de afrontamiento resolutivas y de reestructuración cognitiva, locus control interno intermedio y externo hacia el equipo, alto, actitud positiva, entorno colaborador y fe como factores protectores que compensan factores de riesgo como baja expresión de emociones y búsqueda de apoyo. Esta evaluación integral pre- trasplante actúa como una primera intervención psico-social preventiva aportando criterios para mejorar la calidad de vida del paciente y su entorno, en todo el proceso.

Abstract. The bone marrow transplantation, medical practice for oncohematology illness have two kinds: autologue and alogenic, approaching the first. It is a therapeutic process of stages with different needs and psychology reactions. The significant distress that causes to check traditional paradigms. Creating new concepts to understand and operate on these problems, finding it in the psiconeuroinmunoendocrinology. Detecting protective and vulnerability factors to elaborate an integral profile of the bone marrow transplantation candidate patient attended in Sanatorio Allende Cordoba. Sample: intentional no probabilistic: 79 subjects. Descriptive correlational transverse study. Variables: biomedical and psychosocial evaluated with clinic interviews (TAMO-FIT); dimensions: family, individually functioning and capacity to elaborate transplantation, Distress thermometer (Holland, 1998), Multidimensional Salut Locus control Scale MHLC-C (Wallston, 1999), Vulnerability Indicators Scale (Weisman, 1977), Depression Inventory (BDI, 1996) and Hopelessness Scale (HS, 1988) Beck, Coping Strategies Inventory (Tobin, 1985). Results: The profile characteristics significant distress and high worry of physical variable with out association with low global psychological vulnerability. High hope to cure and quality of life connected to projects with lower probability of anxiety and depression, reinforced for resolute and cognitive restructure coping strategies, intermediate internal locus control, high external control toward team, positive attitude, cooperative environment and faith like protective factors that compensate risk factors like low emotional expression and search of social support. This integrative pre-transplantation evaluation actuates like a first psychosocial preventive intervention bringing criterions to improve patient and environment quality of life, in all the process.

1. Introducción

El cáncer es resultado de un crecimiento desordenado e incontrolable de las células del organismo. Todas las células están programadas genéticamente para reproducirse, aunque también existe una programación idéntica para detener dicha reproducción. En condiciones normales, las células que constituyen cada uno de los tejidos del cuerpo humano se van perdiendo debido al uso y al desgaste al que se ven sometidas. Por esta razón, las células inservibles se sustituyen, siguiendo condiciones de estricto control, por las células nuevas que se han ido generando. Sin embargo las células de una neoplasia se dividen y crecen en forma aleatoria, espontánea e incontrolada debido a

Di Marco, P.C.^{a, b}, Keegan, A. R.^b
y Valentini, A.^a

^a Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba. Argentina.

^b Unidad de trasplante de médula ósea Sanatorio Allende

^c Instituto Nacional del Cáncer. Miembro de Servicio Oncología y Salud Mental Sanatorio Allende

Palabras claves:

psico-oncología- perfil pre-autotrasplante- estrés- factores protectores- factores vulnerables.

Keywords:

Psico-oncology- profile autologue bone marrow transplantation-distress- protective factors-vulnerability factors.

Enviar correspondencia a:

Di Marco, P. E-mail:
patriciacdimarco@gmail.com

una alteración en el mecanismo que inhibe la reproducción celular. Además del crecimiento excesivamente rápido, las células tumorales son incapaces de organizarse y autorregularse adecuadamente por sí mismas, tal que la masa de tejido que forman no se parece al normal. El tumor obtiene la energía necesaria para nutrirse del portador y carece de funcionalidad fisiológica, penetrándolo y extendiéndose en el interior de los tejidos normales del organismo, pasando posteriormente, a través de la corriente sanguínea o de los canales linfáticos, a otras áreas corporales (Di Marco et al., 2004 en Belloch et al., 1995).

La psico-oncología es la parte humana del tratamiento del cáncer. Es una subespecialidad de la psicología clínica donde se aborda cada historial clínico como la historia de una vida y se traduce el lenguaje de la enfermedad al lenguaje de la biografía. Se ocupa de estudiar el impacto de la enfermedad sobre los aspectos psicológicos del paciente, la familia y el equipo asistencial. Sus objetivos son la prevención, la intervención terapéutica y la re-habilitación y finalmente los cuidados paliativos (García Camba, 1999). En este trabajo la psico-oncología desde el enfoque de la psicoterapia integrativa anhela proporcionar una visión integral de los pacientes evaluados.

La enfermedad que nos convoca, se relaciona con una condición médica: la situación oncológica que necesita tratamientos que requieren procedimientos dolorosos (Di Marco et al, 2004). El trasplante de médula ósea es un desarrollo que ha permitido aumentar la tasa de supervivencia y de curación en muchos pacientes oncológicos, presentándose como una técnica alternativa y/o complementaria a otros tratamientos como la quimioterapia y/o la radioterapia convencional. Es un procedimiento médico complejo y se asocia con un alto riesgo de muerte por morbilidad física, una convalecencia prolongada y aislamiento social. Además existe un riesgo potencial para la morbilidad psicológica (Andrykowski y Mc Quellon en: Holland, 1998, pp.289-99). Representa un profundo impacto en el estado físico y psicológico que se asocia con los efectos tóxicos de los tratamientos, procedimientos invasivos, frecuentes complicaciones médicas y mayor riesgo de mortalidad por el procedimiento en sí (Prieto et al, 2002).

En los últimos años, el trasplante de médula ósea (TMO) es una alternativa terapéutica de vida para gran número de enfermedades hematológicas y oncológicas como leucemias, linfomas, mieloma múltiple, melanoma maligno y algunos sarcomas como en otros cuadros no neoplásicos como las aplasias medulares. Existen dos tipos principales de trasplante de médula ósea: el autólogo o autotrasplante y el alogénico. En el primero, el enfermo es tanto el donante como el receptor, se utilizan sus propias células madre para restaurar el funcionamiento de la médula ósea: En primer lugar se recolectan células madre hematopoyéticas de la sangre del paciente para poder dar altas dosis de quimioterapia y después reponer la médula ósea. En el alogénico, la médula proviene de un donante sano, compatible y diferente al receptor, se utilizan las células madre de un donante familiar, o los bancos de médula ósea seleccionando aquella más compatible, o puede usarse sangre de cordón

umbilical de donantes compatibles para reponer la médula ósea después de altas dosis de quimioterapia.

El trasplante autólogo (TAMO), ha pasado de ser un tratamiento experimental a ser una práctica clínica común. Al no requerir de un donante diferente al paciente, no se presenta la enfermedad injerto contra huésped, lo cual implica en líneas generales menor complicación médica y menor tiempo de aislamiento (Armitage, 1994). Esto ha supuesto la especialización en el cuidado del paciente desde un enfoque multidisciplinar. El TMO es un proceso terapéutico que consta de varias fases y cada una de ellas ocasiona al paciente y su familia diferentes necesidades y reacciones psicológicas. (Bellver y Moreno, 2009). En la primera fase, los pacientes tienen que hacer frente al diagnóstico y a un protocolo de tratamiento complejo, que requiere una rápida adaptación a la nueva situación de enfermedad. De un 20 a un 30% de los pacientes presentan complicaciones psicológicas a largo plazo, derivadas de su condición de pacientes oncológicos, complicaciones que suelen tomar la forma de cuadros ansiosos, síntomas depresivos o baja autoestima. Desde los comienzos de la investigación en el área, se describe el significativo **distrés**¹ que provoca el trasplante a los pacientes y sus familias (Zabora et al, 1992). Por otra parte, el afrontamiento se relaciona con los esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes para manejar las demandas excedentes de los recursos del individuo (Weisman, 1998, en Di Marco et al., 2004).

Esto llevó a los profesionales de la salud a revisar paradigmas tradicionales creando nuevos conceptos que permitan comprender y operar sobre estas problemáticas, encontrando los fundamentos en la psiconeuroinmunoendocrinología. En la búsqueda de una mejor comprensión del acontecer humano se aleja de reduccionismos y procura ampliar las herramientas para el logro de una mayor eficacia terapéutica (Dubourdieu, 2008, p.25). Se denomina modelo humanista holístico y explora las conexiones entre el cerebro, el sistema hormonal (endócrino) y el sistema inmunológico que proporciona un cuadro muy interesante de las respuestas del cuerpo al estrés (Holland y Lewis, 2003, p. 46).

El TMO supone un tratamiento esperanzador para muchos enfermos, que abarca una amplia variedad de protocolos médicos y que implica una gama extensa de estresores potenciales a los que cada persona hará frente con diferentes recursos de afrontamiento, motivo por el que cobra especial relevancia personalizar las intervenciones (Arranz et al., 2003). Se considera necesario, antes de someterse a este tratamiento, la potenciación de los recursos existentes, así como la aplicación de las técnicas psicológicas, sin olvidar la gran dosis de afectividad que requieren las situaciones de vulnerabilidad por la que atraviesan durante largo período de tiempo, los enfermos y sus familiares.

¹ Experiencia emocional displacentera de naturaleza psicológica, social y/o espiritual que infiere con la capacidad de afrontar el cáncer y su tratamiento. Es un continuo que va desde el sentimiento moderado de tristeza, temor y ansiedad hasta un distrés extremo caracterizado por la crisis de pánico, el aislamiento y el estado de depresión. Es un concepto semejante al de dolor total que mencionó Saunders en 1984 que tiene efectos en la calidad de vida sumando un factor de sufrimiento (Holland, 1998).

Este tratamiento necesita un programa de evaluación e intervención psicológica que favorezca la adaptación del paciente al diagnóstico y al proceso de tratamiento, a fin de que se pueda conseguir un mantenimiento óptimo del bienestar psicológico y de la calidad de vida. El período de hospitalización suele durar de 3 a 5 semanas y es especialmente difícil, ya que debido a la inmunosupresión, el paciente es más susceptible a infecciones y debe permanecer en una zona protegida y en aislamiento. A pesar de las explicaciones sobre los riesgos, *casi todos los pacientes y sus familias, inician el proceso con la expectativa de que el trasplante no fracasará*. Paralelamente al incremento de la supervivencia en pacientes trasplantados de médula ósea y a la frecuencia de su aplicación, asistimos a la aparición de múltiples necesidades del paciente y su familia de índole médica, psicológica y social. Por lo tanto se hace necesario abordar el problema desde una perspectiva global y por un equipo multidisciplinar, compuesto por diferentes especialistas y profesionales de la salud, que puedan atender las diferentes áreas que afectan el funcionamiento humano (Bellver y Moreno, 2009). La psicología cuenta con diversidad de técnicas para favorecer los recursos y potenciales del paciente y su entorno y en este trabajo queda explícita la forma en que se realiza.

Surge así el problema a investigar: describir cuáles son los factores de protección y cuáles los de vulnerabilidad para caracterizar cómo llega esta población al TAMO. Estos factores funcionarían como elementos predictivos en cómo podrían afrontar los pacientes todo el proceso.

Los factores protectores se definen desde un enfoque salutogénico como sistemas de soporte interno y externo como fuentes de fortalecimiento (Allerand, 2007) que moderan el estrés, contrarrestan el riesgo y favorecen el fortalecimiento. Los *soportes internos* son los recursos de registro cognitivo, emocional y de sensaciones corporales, el conocimiento o información que posee, el registro de experiencias pasadas positivas, de las necesidades y de lo que le genera bienestar/malestar y la valoración personal. Los *soportes externos* son todas aquellas personas, objetos o actividades que sirven como sostén, respaldo, sustentación, protección, apoyo, defensa o recurso a los que se puede recurrir (Allerand, 2007). La importancia de los soportes radica en el reconocimiento y la utilización de éstos para lograr una mejor adaptación o ajuste creativo y por ende, un mejor pronóstico de salud. Y se estudiaron también los factores vulnerables o de riesgo de ser dañado, entendiendo por vulnerabilidad a los factores predisponentes, desencadenantes o que exacerban la enfermedad o el estado de malestar.

Objetivos generales

- Reconocer en la fase de evaluación diagnóstica, los factores protectores y de vulnerabilidad para elaborar un perfil integral de los pacientes onco-hematológicos candidatos al TAMO.
- Aportar a la prevención con estrategias de intervención que tiendan a generar y aumentar factores protectores y en consecuencia a mejorar la calidad de vida de los pacientes en situación de trasplante.

Objetivos específicos

- Identificar las características de los pacientes onco-hematológicos candidatos al TAMO.
- Describir las variables biomédicas y psicosociales en estos pacientes.
- Establecer posibles relaciones entre las variables biomédicas y psicosociales de estos pacientes.
- Elaborar un perfil integral del paciente onco-hematológico candidato al TAMO aportando a la comprensión holística del ser humano.

2. Método

La población objetivo estuvo conformada por enfermos onco-hematológicos candidatos al tratamiento de auto trasplante de médula ósea atendidos en el Sanatorio Allende de la ciudad de Córdoba, institución privada de alta complejidad².

La muestra fue no probabilística intencional o dirigida (Hernández Sampieri et al, 1998, pp.226-7) de N=79 sujetos (dependiendo del que accedía al tratamiento en la institución durante el período de evaluación).

El tipo de estudio fue descriptivo transversal correlacional.

Los factores protectores y vulnerables se detectaron a partir del análisis de las siguientes variables:

- a. Demográficas: edad y género.
- b. Las biomédicas: diagnóstico, pronóstico, y performance; y
- c. Las psicosociales: estado civil del paciente, nivel de distrés; locus de control; autoregistro de vulnerabilidad psicológica; indicadores de depresión; desesperanza y estrategias de afrontamiento o coping ante el distrés destacando el nivel de pensamientos ansiosos y el de apoyo social; FIT: funcionamiento familiar, funcionamiento individual y capacidad de elaborar un constructo del trasplante o actitud ante el TAMO.

2.1. Procedimiento e instrumentos de evaluación

Previo a la evaluación, se otorgó a cada participante, el documento de consentimiento informado escrito firmado para ser parte, basado en el principio de la voluntad con capacidad legal y sin restricción alguna, con suficiente información de los propósitos de la investigación. A continuación, se administró a los pacientes un protocolo que consistió en dos entrevistas clínicas:

- a) la primera, para la Evaluación cualitativa TAMO FIT, (Sullivan et al, 1999): con sus tres dimensiones: funcionamiento familiar, funcionamiento individual y capacidad de elaborar un constructo del trasplante o actitud ante el TAMO con un rango de evaluación que va de 3 a 9 y
- b) la segunda para los demás instrumentos:

² El Hospital Privado fue la primera institución autorizada por la ley nacional desde 1989 para realizar este tipo de procedimientos: trasplantes de médula ósea alógeno y autólogo. Esta institución y el Sanatorio Allende son las únicas que cumplen los requisitos para cumplimentarlos en Cba actualmente.

Termómetro del estrés (Holland, 1998) que puede ser significativo, no significativo o ausente; es una escala análoga visual del 0 al 10, ubicada en forma vertical y bajo la apariencia de un termómetro. Consta de dos partes, el termómetro donde se debe marcar de 0 a 10 el estrés experimentado y una lista de problemas (prácticos, familiares, emocionales y físicos) donde hay que señalar la existencia o no de dichos problemas. El punto de corte es 4, con una clasificación de 0(sin estrés), 1-3(no significativo) y 4-10 (significativo).

Escala de Locus de control de salud multidimensional MHLC- Forma C (Wallston, 1999); específica para condiciones médicas, evalúa creencias, comportamientos y expectativas en función de la evolución de la salud. Tiene 18 ítems de seis puntos Lickert para dos atributos. Locus de control interno y externo y tres subescalas independientes correspondientes al atributo del locus externo. Posee estudios de consistencia interna (Cronbach alfa en el .60-.75 para la versión aquí empleada).

Escala de indicadores de vulnerabilidad (Weisman et al, 1977 y estudios posteriores en conjunto con Worden y Sobel, 1980); cuenta con 11 indicadores y su puntuación va de 0 a 44, con una graduación de leve, moderada, alta y excesiva. Un índice elevado identifica el riesgo e indica estrategias de afrontamiento ineficaces que precisan intervención psicológica para disminuir la vulnerabilidad.

Inventario de Depresión (BDI, 1996) de Beck, es una escala de auto-reporte con enfoque sobre los síntomas cognitivos y conductuales de la depresión, con cobertura de los síntomas somáticos. Consta con 21 reactivos que se subdividen en cuatro postulados para describir el aumento en los niveles de severidad. El puntaje total posible va de 0 a 63. Las pautas de puntuación de corte son: mínimo (0-13), leve (14-19), moderado (20-28) severo (29-63) Fue validado para el uso de la población argentina.

Escala de desesperanza (HS, 1988) de Beck; evalúa las expectativas de los sujetos de que ocurran acontecimientos negativos como la imposibilidad percibida por ellos de realizar acciones para evitar ocurran. Compuesta por 20 proposiciones definibles por verdadero o falso referidas al futuro. La puntuación va de 0 a 20. Se cuenta con la adaptación argentina de la prueba realizada por investigadores de la Universidad de Buenos Aires en 1998.

Inventario de Estrategias de afrontamiento (Tobin, 1989, adaptación española de Cano García et al, 2006). Éste evalúa el grado de utilización de estrategias de afrontamiento activo al estrés (resolución de problemas, reestructuración cognitiva, expresión de emociones y apoyo social) y de afrontamiento pasivo (evitación de problema, pensamiento ansioso, autocrítica y retirada social). Consta de 40 ítems y una estructura jerárquica compuesta por ocho estrategias. La persona comienza por describir detalladamente la situación estresante y luego contesta cada ítem de la escala tipo Lickert de 1-5 que define la frecuencia de lo que hizo en la situación descripta. Los valores próximos a 5 significa utilizada habitualmente y los próximos a 1 que no se caracteriza por su uso.

3. Resultados y discusión

Los principales hallazgos o logros encontrados serán base de discusión para “retroalimentar” datos psico-médicos y colaborar en las decisiones a tomar en el abordaje de los pacientes. ¿Qué características predominan en los pacientes candidatos al auto-trasplante de médula ósea en la población estudiada?, ¿Cómo llegan estos pacientes a realizarse el TAMO?

En nuestro estudio (N=79) la edad promedio es de 47 años que se dio en un rango entre 19 y 71 años. Abarcó 4 grupos etáreos, a saber: menores de 20; entre 21-40; 41 a 64 y mayores de 65, porque la edad es una variable que influye tanto en la vulnerabilidad física como en la psicológica. En cuanto al género, conformada por el 59% de varones y el 41% de mujeres.

Están representados los siguientes diagnósticos médicos: el 38% de mieloma múltiple; el 35% de linfoma no hodgkin; el 16% de linfoma hodgkin y el restante abarca leucemias, cáncer de testículo y un caso de meduloblastoma (tumor cerebral). El 53% tiene un mal pronóstico porque la enfermedad no es curable y el TAMO sólo les aumenta la sobrevida, como es el caso de lo mielomas. El 38% son curables y hay un 9% considerado de pronóstico intermedio. El performance en general se encontró entre 0 (actividad completa) y 1 (actividad levemente limitada) en toda la población estudiada. Es importante destacar que en cáncer como enfermedad crónica, el concepto de curar ha dado paso al de *calidad de vida* que no implica necesariamente curación sino cuidado en sentido amplio. Según la OMS no es ausencia de enfermedad sino mantener una capacidad funcional con un nivel aceptable de síntomas.

Según el BDI de Beck, se destacan algunos indicadores de depresión en relación con lo corporal: el 66% se cansa más fácilmente que lo habitual; el 78% está preocupado por los problemas físicos como los dolores y los malestares; el 38% está menos atraído por el interés sexual, el 14% lo perdió totalmente y un 8% está menos interesado que antes (sumando estos valores, sería un 60%). Así nuestra población tiene una franca disminución de su libido. No es menos importante decir que el 41% no sufrió modificación en este indicador; que el 65% no percibe afección de su imagen corporal, relacionado con el buen performance con que llegan al TAMO; que el 70% no presenta cambios en el apetito y que el 45% se encuentra sin cambios en el sueño o que duerme un poco más de lo habitual, probablemente por el cansancio que le genera la enfermedad y los efectos del tratamiento.

La variable estado civil considera el estado familiar del paciente más allá del estado civil propiamente dicho, porque lo esencial es conocer con qué compañía cuenta realmente: el 67% está dentro del grupo de los casados, unidos en pareja o con noviazgo estable; los solos: solteros 10%; Separados, divorciados y viudos 10%; en segunda unión luego de divorcio o separación 10% y en segunda unión luego de la viudez, 3%. Nos preguntamos si podrá tener relación en nuestra muestra, el tener apoyo para ayudarlos a decidir realizar el TAMO o será simplemente que al tener una población conformada por mayoría de adultos, es más probable que estén en pareja. Queda el interrogante para nuevos análisis.

El distrés autopercebido es significativo en el 64%, no significativo en el 33% y existe un 3% sin distrés. Esto señala un factor de vulnerabilidad esperable, coincidiendo con estudios mexicanos (Almanza, et al, 2009) que presentan distrés significativo del 56,8%. Sin embargo, aquí no se encontró asociación entre distrés y vulnerabilidad psicológica³ global, que en estos pacientes es leve en el 74% y moderada en el 25%. Los indicadores de Weisman (1977) marcan un 74% sin desesperanza, que es la vivencia de que todo está perdido y el esfuerzo es inútil (coherente con las respuestas dadas en el Inventario de desesperanza de Beck con un 61% en el mínimo nivel). El TAMO podría ser lo esperanzador para la mejora de su calidad de vida. Por otro lado, la presencia del equipo de salud, incluyendo la intervención psico-educativa, podría representar un factor facilitador para que estos pacientes se conecten mejor con sus recursos protectores. Igualmente, la presencia de proyectos⁴ que aparece en un 81%, refuerza este recurso. La baja desesperanza sería un indicador de menos probabilidad de depresión, considerada en la bibliografía citada, un factor de riesgo en la supervivencia. La inquietud⁵ es moderada en un 30% y leve en un 29%, lo que suma 59%, con un 16% sin inquietud. El 54% no presenta frustración⁶; un 46% está sin abatimiento⁷ y el 70% sin impotencia⁸, posiblemente ello esté predecido por el tipo de estilos de afrontamiento más destacados en este grupo, que se describirán más adelante. Otra hipótesis podría ser pensar que como estos pacientes aún no han pasado por los efectos del TAMO, ponen en éste todas sus expectativas. No hay agotamiento ni apatía⁹ en un 30% y el 36% lo tiene leve. El 83% no proyecta¹⁰ ni busca culpables de su condición. Hay un 74% que acepta la enfermedad sin rechazarla y un 41% está sin amargura¹¹. La ansiedad y los miedos¹² aparecen en nivel moderado y leve en un 59%. La bibliografía destaca a la ansiedad como factor importante en esta etapa que genera incertidumbre sobre sí mismo, sobre la vida familiar, social y laboral, como una de las reacciones más comunes. Los altos niveles de preocupación ansiosa respecto a la enfermedad, se relaciona con un menor tiempo de supervivencia en el post-trasplante; y la mayor ansiedad antes del aislamiento, se asocia a la aparición de complicaciones psicológicas durante éste. Estudios previos determinan que el 50% de los sujetos presenta ansiedad y el 20% depresión antes del ingreso al TAMO. Ello aparece desde las reacciones iniciales al diagnóstico, que produce un profundo impacto caracterizado por una sucesión de emociones además de la ansiedad, como la angustia, el miedo, la incredulidad, la confusión, la tensión y en la mayoría de los casos el

³ La vulnerabilidad es la relación entre respuestas psicológicas al diagnóstico, al pronóstico y al tratamiento y su probable influencia en la evolución y sobrevida. Es el alto riesgo de indefensión ante un evento (Brown, 1975, en Di Marco et al, 2004) o la tendencia de cada individuo a reaccionar ante cierto tipo de acontecimiento, con estrés psíquico o con un grado mayor de estrés que otro individuo (Lazarus, 1988, en Di Marco et al, 2004).

⁴ Perspectiva temporal abierta.

⁵ Tensión ante riesgos reales o imaginarios.

⁶ Enojo por no obtener respuestas satisfactorias o alivio.

⁷ Retraimiento, aislamiento doloroso con sentimiento de soledad y de ser ignorado por los demás. Se articula con la ausencia de red de apoyo.

⁸ Incapacidad de decidir.

⁹ Indiferencia.

¹⁰ Hacer responsable a otros total o parcialmente de lo que les sucede.

¹¹ Resentimiento, sentimiento de víctima del destino o de los demás.

¹² Percepción de temor y sentirse al borde de un desastre inminente.

temor a la muerte. Estas emociones varían y se suceden en las distintas fases de ajuste psicológico que constituye el proceso adaptativo del paciente. Por ello, aquí, la información y la comunicación recibida por el equipo de salud cobra una importancia fundamental (Bellver y Moreno, 2009). En nuestro estudio, podríamos pensar que estos pacientes depositan constructivamente la ansiedad en estrategias resolutivas como se verá más adelante. Las emociones positivas protegerían a las personas contra la depresión e impulsarían su ajuste funcional, provocándolo en los demás, viéndose así fortalecidas las redes de apoyo.

Más allá de la predominancia del grupo en general que llega estable emocionalmente a esta etapa, no deberán nunca desatenderse ni descuidarse ninguno de los casos singulares con excesiva y alta vulnerabilidad que aparecen, porque son de riesgo.

Los sujetos tienen expectativas subjetivas de los acontecimientos según experiencias previas y esas expectativas, pueden ser de origen interno o externo. Éstas tienden a generalizarse, motivando conductas ante un condicionamiento. Tiene dos dimensiones: situar el control dentro del sujeto o en acciones que él mismo realiza, reconociendo posibilidades y limitaciones propias o fuera del sujeto, en lo ajeno a él, en el ambiente. Ambos pueden estar presentes al mismo tiempo porque tanto los factores internos como los externos controlan nuestra conducta (Klein, 1994, en Di Marco et al, 2004). El locus de control interno señala valores intermedios en un 56% y altos en un 30%. El locus de control externo en relación con el destino o la fortuna, también señala valores intermedios en un 48%, lo cual significa que este grupo incluye la suerte en casi la mitad de los casos. Estos resultados podrían indicar que son concientes de que no todo depende de ellos sino que existen otros condicionamientos. Ante el equipo médico es alto en un 93% e intermedio en un 7%, no habiendo casos con este locus bajo. Ello indica la confianza en el staff médico tan esencial para este procedimiento, lo cual representaría un factor de protección. Ante los otros, el locus es alto en un 84% y 15% intermedio con sólo un 1% bajo. Ello da lugar a ver la presencia de la familia, los allegados y la presencia de las creencias religiosas también como factores protectores. En próximos análisis podría verse si la búsqueda de apoyo como estilo de afrontamiento está asociada con éstos.

Las estrategias de afrontamiento son los esfuerzos cognitivos y conductuales, permanentemente cambiantes desarrollados ante las demandas internas o externas evaluadas como desbordantes de los propios recursos para disminuir el estrés generado (Lazarus y Folkman, 1986, en Di Marco et al, 2004). Tobin (en Cano García et al, 2007) considera el afrontamiento a la adversidad como un aspecto relevante del funcionamiento personal del paciente. En el proceso de afrontamiento, se han elaborado dos conceptos relativos a la forma en que las personas manejan los estresores: los estilos de afrontamiento y las estrategias de afrontamiento. No son conceptos contrapuestos, sino complementarios. Los estilos son formas estables y constantes de afrontar el estrés mientras que las estrategias se refieren a las acciones más específicas. La noción de estrategia presenta ventajas respecto al estilo por su modificabilidad y la mayor capacidad predictiva. Estudios previos sobre el uso

de estrategias en el TAMO (Del Valle, Crespo, Caballero y Llorca, 1998) sostienen que las estrategias centradas en las emociones se usan con mucha frecuencia durante todos los momentos del TAMO, especialmente durante la hospitalización; en cambio, otras como las comportamentales y las cognitivas, varían a través de todo el proceso. La funcionalidad de las estrategias depende de la situación y por lo tanto deben ser analizadas conjuntamente. Si éstas fracasan, se genera la condición de vulnerabilidad desarrollada con anterioridad.

El instrumento utilizado en este trabajo evaluó éstas, permitiendo descubrir el tipo y frecuencia de determinada estrategia ante el estresor, el TAMO en este caso. Las estrategias de afrontamiento predominantes encontradas fueron la resolución de problemas (en esta se destaca que todos los pacientes la usan en alguna medida) y la reestructuración cognitiva como estrategias activas muy utilizadas. Sin embargo la expresión de emociones tiene valores medios y aparece un grupo que no expresa sus emociones, lo que sería un factor vulnerable en esta población a considerarse para trabajar en su prevención. Igualmente el apoyo social¹³, lo cual podría estar indicando que estos pacientes tienen dificultad para buscar apoyo o pedir ayuda. También están en valores medios, la evitación (usada por todos los pacientes en alguna medida) y los pensamientos ansiosos (aunque esta estrategia no es usada por todos). En cuanto a la autocrítica y a la retirada social son poco utilizadas, lo cual disminuye la vulnerabilidad al no estar presente el uso de estas estrategias más orientadas a conductas de aislamiento, queja y expresiones de bajo autoconcepto.

Los factores psicosociales deben ser identificados y tratados porque son predictores de resultados médicos más satisfactorios, llegando a influir en la calidad y cantidad de vida del paciente. La evaluación realizada puede y debe ser complementada con la información aportada por algún miembro de la familia, ya que es importante conocer el afrontamiento de la familia, su adaptación y adhesión durante el proceso de enfermedad y del TAMO. Así, el **FIT** (Evaluación cualitativa de funcionamiento familiar individual y capacidad yoica para elaborar el tratamiento, Sullivan et al, 1999), incluyó la evaluación de estas variables. El FIT global arroja valores con una tendencia a 7/9 (6.72), con un mínimo de 5 y medio. La función familiar es intermedia (2,06). El paciente decide pero se responsabiliza por el impacto sobre los otros. Se siente responsable por su familia que sufre y se hace cargo, tendiendo a sentirse culpable por estar enfermo. La unidad de la familia actúa como un soporte muy importante para el paciente durante todo el proceso para el que se prepara. Los conflictos y la baja cohesión familiar pre-TAMO son predictores de problemas psicosociales tras el trasplante (Bellver y Moreno, 2009). De aquí puede desprenderse la importancia de fomentar la cohesión de grupo y el apoyo social para amortiguar eficazmente el estrés de esta intervención.

La función individual también es intermedia (2,01). El paciente tiende a defenderse con formación reactiva, intelectualización, represión, aislamiento y regresión intermitente. Sus relaciones

¹³ Asistencia disponible para las personas o grupos dentro de sus comunidades, que puede servirles de ayuda para desarrollar capacidades para afrontar problemas y como elemento amortiguador de los sucesos vitales negativos.

son estables pero temen a la pérdida, lo que determina sometimiento, dependencia, seducción, enojo, etc. La actitud ante el TAMO tiene una tendencia a 3 (2,65), siendo este un valor alto. Los pacientes están abiertos a la evaluación psico-oncológica aún cuando lo hayan cuestionado inicialmente o porque los mandaron a realizarla. Buscan la oportunidad de discutir sus emociones. No perciben al TAMO como aniquilador. Pueden interpretar el razonamiento del staff y balancear las inevitables ambigüedades en el contexto del mutuo respeto. No piden que el equipo médico sepa y resuelva todo. Pueden construir su propio concepto acerca del TAMO y modificarlo ante la nueva información. Son flexibles. Entienden los aspectos positivos y negativos del TAMO como relacionados y pertenecientes a ellos (calidad de vida en las distintas áreas), con un significado individual y también médico y psicológico. Discriminan lo que sienten y cómo lo sienten de lo médico. Se sienten protagonistas. Es un predictor positivo que junto con la esperanza representaría uno de los factores protectores más representativos de nuestra población. Sin embargo, las expectativas optimistas extremas son útiles a corto plazo porque a largo plazo pueden tener efecto negativo al aumentar el distrés de la intervención en sí. Entonces, el TAMO como alternativa de vida, conectaría, a esta población en esta fase, con altos niveles de esperanza que protegerían y colaborarían en asimilar y aceptar el ingreso a esta etapa del tratamiento. (Ver Figura 1).

Se establecieron algunos cruzamientos, encontrándose hasta ahora una relación significativa (nivel 0.5): el género está relacionado con el distrés. Se puede observar que en el nivel significativo de distrés, el 33% (25 pacientes) de los casos son mujeres y el 32% restante son varones. Por otra parte el nivel no significativo de distrés se da en el género masculino en mayor proporción (24% o 18 pacientes) en relación con el 9% (7 pacientes) que se da en las mujeres.

No se encontraron relaciones significativas estadísticamente entre el estado civil y el pronóstico; ni entre este último y la desesperanza, ni entre el distrés y la vulnerabilidad global, como ya se mencionó con anterioridad. Tampoco entre el nivel de distrés y el nivel de desesperanza, ni éste con el de inquietud. Estos datos confirman otra vez que la posibilidad del tratamiento del TAMO (soporte externo) es el hecho que podría estar conectando a los pacientes estudiados con la esperanza (soporte interno), cuando a menudo, el TAMO puede realizarse tras un período de prolongada enfermedad o tras la respuesta no satisfactoria a otros tratamientos y el paciente puede verlo como la última opción, lo cual podría favorecer una actitud fatalista y negativa pero a la vez una alta esperanza de una posible cura o al menos una mejora en la calidad de vida (Bellver y Moreno, 2009).

Se podrían seguir analizando muchas más relaciones tales como por ejemplo, entre el locus de control y las estrategias de afrontamiento y entre éstas y otros indicadores de vulnerabilidad, que podrían esperarse estén presentes y no lo están; la relación entre el nivel educativo o la presencia de un trabajo estable y el uso de determinadas estrategias; la relación entre el FIT global y la edad; entre el FIT individual y la expresión de emociones y entre la actitud ante el TAMO y las estrategias de afrontamiento.

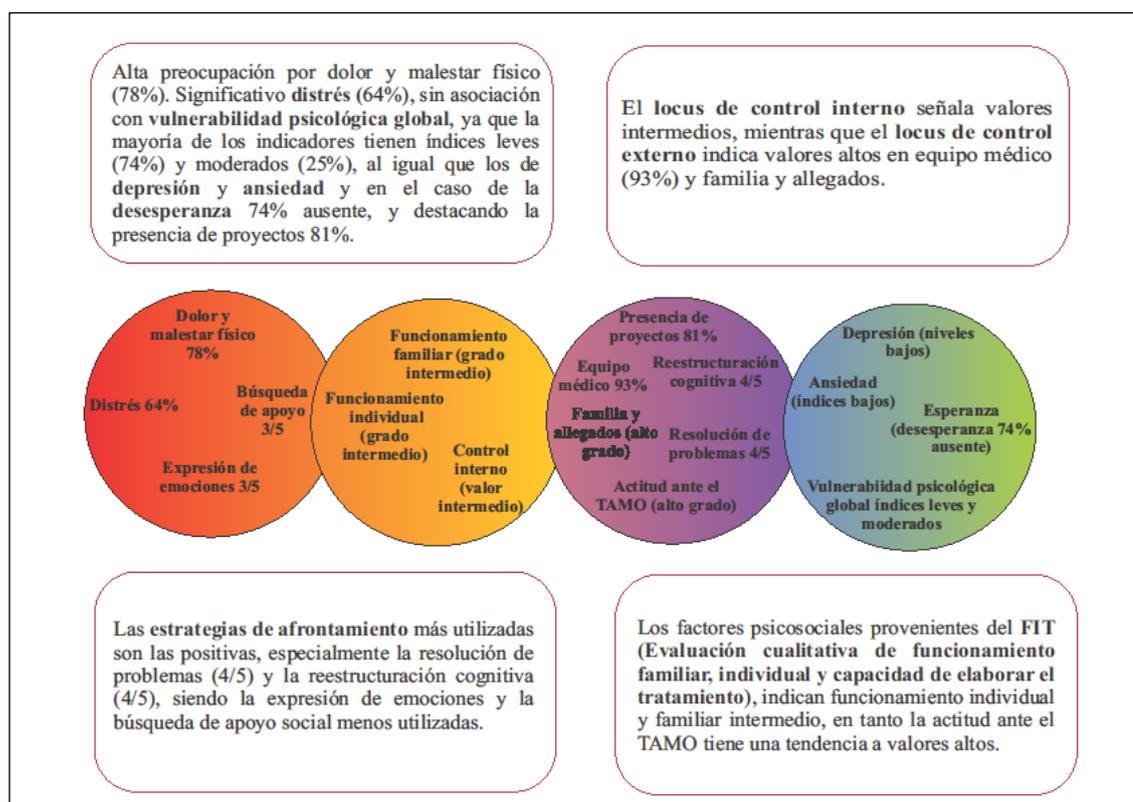
No se analizaron relaciones entre aspectos que son homogéneos en estos sujetos tal como el nivel de información explícita acerca de la enfermedad y el tratamiento al que serán sometidos, ya que todos firman un consentimiento informado que les explica todos los riesgos de esta intervención. El momento de la aceptación, junto con la firma de este consentimiento, es una etapa de alto estrés, ya que allí los pacientes toman conciencia de las características del procedimiento (Bellver y Moreno, 2009). De ahí la importancia de que las estrategias de entrenamiento pre-TAMO estén orientadas hacia la facilitación de la expresión de las emociones y la elaboración de la información médica dada continuamente.

Los instrumentos para evaluar implicaron la colaboración del entrevistado, que algunas veces no era óptima. Pero en este estudio, también representó un dato consignado como la actitud ante la entrevista psico-oncológica.

A partir de esta experiencia y las observaciones realizadas, sería superador proponer agregar a la evaluación pre-TAMO protocolos que evalúen las creencias antes de ingresar al TAMO, los niveles de ansiedad rasgo y ansiedad estado ante esta determinada situación y los de alexitimia (incapacidad para verbalizar los sentimientos) como la calidad de vida y los estilos de personalidad o de afrontamiento previos para completar el perfil integral de estos pacientes.

El proyecto se propuso investigar los factores de protección y vulnerabilidad que pueden presentar los pacientes oncológicos, previamente a someterse a un autotrasplante de médula ósea. El impacto de los resultados de este estudio en la disciplina se fundamenta en el reconocimiento y comprensión del ser humano desde una perspectiva holística e integral del ser, donde la enfermedad y el tratamiento médico y su estado psicológico se afectan mutuamente. Psicólogos y médicos comparten el tratamiento con intervenciones específicas que conllevan el mismo objetivo, mejorar la calidad de vida y el bienestar del paciente y así dar respuesta a la necesidad de armonía entre cuerpo-mente-entorno. El trabajo interdisciplinario llevado a cabo para la realización de este proyecto de investigación, supuso diversos grados de colaboración y cruce entre las disciplinas, en algunos momentos con algunas limitaciones, pero con un balance que se ajusta a las exigencias actuales de producción de conocimiento, en busca de la integración del saber para abordar con mayor eficacia terapéutica esta problemática compleja. En este caso, sentar bases de discusión para retroalimentar datos médicos y psicosociales para colaborar en las decisiones a tomar en el abordaje de los pacientes y generando nuevos conceptos que permitan establecer criterios para realizar intervenciones que el tratamiento requiere con programas de evaluación e intervención. Con ello aportar a la prevención, evaluación e intervención psicosocial, contribuyendo en su calidad de vida en cada etapa de la intervención médica. Se constituye así en un aporte para el conocimiento científico actual debido a las implicancias que sus resultados tienen para la compleja problemática de estos pacientes.

Figura 1.



Factores vulnerables ↔ **Factores protectores**

Se pueden apreciar en los dos primeros círculos hacia la izquierda, los factores más vulnerables o de riesgo y en los dos últimos hacia la derecha, los más protectores. Estos cuatro grupos de factores se van relacionando. Esta figura permite dilucidar con mayor claridad dónde la intervención del psico-oncólogo se hace imprescindible para prevenir el distrés. La imagen muestra de manera gráfica como se van integrando los factores de protección y de vulnerabilidad en el grupo de sujetos estudiados previamente a someterse al autotrasplante de médula ósea. Se puede observar que existen factores relacionados con elevado distrés como el malestar y dolor físico provocado por la enfermedad oncológica y su tratamiento, como así también con estrategias de afrontamiento pobremente utilizadas como la expresión de las emociones y la búsqueda de apoyo. Al considerar los resultados en grado intermedio de los factores relacionados con el funcionamiento familiar e individual y aquellos de grado alto como la actitud ante el trasplante, el locus de control externo en el equipo médico, la familia y allegados, y principalmente destacando la presencia de proyectos y la utilización de estrategias de afrontamiento positivas como la resolución de problemas y la reestructuración cognitiva, se pueden apreciar bajos niveles de desesperanza, depresión, ansiedad y vulnerabilidad psicológica global.

En conclusión, la población estudiada tiene, previo al TAMO, distrés significativo pero también presenta una serie de factores protectores, donde la actitud positiva ante el TAMO, el afrontamiento activo y la esperanza son protagonistas. Por lo tanto, se destaca la evaluación de la esperanza y su manejo terapéutico como un aspecto esencial, dado el impacto emocional que la enfermedad oncológica genera en los pacientes, en los familiares y allegados, incluyendo al equipo de salud. El manejo de la esperanza en el paciente neoplásico demanda alta competencia técnica, gran sensibilidad humana y sólida formación ética. Nadie tiene derecho a negar la esperanza, menos aún a

dar falsas esperanzas. Es el propio paciente quien debe guiar en el proceso de mantener una esperanza razonable.

Los factores que aparecen como de riesgo podrían, de alguna manera, ser también de protección para esta población porque si no estuvieran por ejemplo presentes los miedos y la impotencia, probablemente no se someterían a un tratamiento que conocen de antemano como altamente de riesgo pero sin el cual no les es posible seguir viviendo.

Finalmente, se destaca que estos factores no tendrían valor explicativo al abordarlos en forma aislada. Por lo tanto, deben ser siempre analizados en conjunto y/o integralmente. Así, cualquier factor podría eventualmente actuar como de riesgo o de protección, según cómo interactúa con la situación de riesgo. Se focaliza entonces, en la interacción dinámica entre los factores de protección y de riesgo (ver figura 1). A su vez, tanto los factores de riesgo como los de protección son acumulativos: los factores de protección han demostrado en nuestro estudio disminuir el riesgo y la comprensión del riesgo proporciona enlaces posibles a factores de protección. La importancia de los soportes radica en el reconocimiento y su utilización para lograr posteriormente una mejor adaptación o ajuste creativo y por ende un mejor pronóstico de salud porque es más eficaz apoyarse en las capacidades que en las dificultades de los pacientes. En la medida en que los factores de riesgo y eventos estresantes tiendan a reducirse o se mantengan en niveles suficientes como para ser afrontados con éxito por medio de los recursos o factores de protección, y en la medida en que los factores de protección tiendan a crecer, los resultados probables serán adaptativos. Por lo tanto, la adaptación se verá favorecida en la medida que se promuevan esos factores de resistencia y protección o recursos para disminuir o compensar los factores de sufrimiento y vulnerabilidad ante el inevitable distrés por el que deben pasar estos pacientes (Costa y López, 1996).

Así, los resultados de la investigación aportan criterios para la prevención, la evaluación y la intervención, contribuyendo a la calidad de vida integral de los pacientes y de sus cuidadores, con una ética humanística que respeta los derechos de los pacientes y su entorno. Al establecer esta propuesta de evaluación para la descripción de los factores como predictores del proceso a afrontar, se estaría aportando una primera intervención psicosocial preventiva del paciente en situación de trasplante.

Referencias

- Allerand, M. (2007). *Los soportes*. En *Piedra Libre*. Buenos Aires: Omeba.
- Almanza, M. J. J., Rosario Juárez, I., Silva Ortiz, J. y De la Huerta Sánchez, R. (2009). Distrés psicosocial y trastornos mentales en una muestra de pacientes mexicanos con cáncer. *Revista Sanidad militar. México*, 63 (4), 148-155.
- Arranz, P. Coca, C., Bayés, R. del Rincón, C. y Hernández Navarro, F. (2003). Intervención psicológica en pacientes que deben someterse a un trasplante de médula ósea. *Revista Psicooncología, Madrid, Vol. 0, N° 1*, pp.93-105.
- Armitage, J.O. (1994). Bone marrow transplantation. *N England Journal Medicine*. 330: 827-38.
- Beck, A. T. (1998). *Escala de desesperanza BHS (1974). Estudio de las propiedades psicométricas y baremización de la adaptación argentina*.
- Beck, A. T, Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (2001). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Belloch, A., Sandin, B. y Ramos, F., (1995). *Manual de Psicopatología*. Vol. II. Madrid: Isabel Capella.

- Bellver, A. y Moreno, P. (2009). Riesgos psicosociales e intervención psicológica en los pacientes transplantados de médula ósea. *Psico-oncología. Valencia, Vol. 6, N° 1, pp. 65-81.*
- Cano García, F.J., Rodríguez Franco, L. y García Martínez, J. (2007). Adaptación española del Inventario de estrategias de afrontamiento. *Actas españolas de Psiquiatría, Volumen 35, 1, pp.29-39.*
- Costa, M. y López, E. (1996). *Educación para la salud.* Madrid: Pirámide, pp.243-77.
- Del Valle, C. H. C., Crespo, M., Caballero, D. y Llorca, (1998). Psicooncología: alteraciones emocionales durante el trasplante de médula ósea antólogo. *Revista Actas españolas de Neurología, Psiquiatría y ciencias afines, 26, 130-138.*
- Di Marco, P. C., González, M. C. y Beltramino, C. A. (2004). *Alteraciones cognitivas y del esquema corporal ante la experiencia del dolor en pacientes oncológicos. Impacto neuropsicológico ante el cáncer y sus tratamientos.* Tesis de Maestría en Neuropsicología, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba.
- Di Rienzo J A, Casanoves F, Balzarini M G, González L, Tablada M, Robledo C W. *Infostat versión 2011.* Grupo Infostat FCA. UNC.
- Dubourdieu, M. (2008). *Psicoterapia integrativa PNIE. Psiconeuroinmunoendocrinología. Integración cuerpo, mente, entorno.* Montevideo: Psicolibros Waslala.
- García Camba, E. (1999). Manual de Psico- oncología. Madrid: Edit Libros Princeps- Biblioteca Aula médica.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (1998). *Metodología de la Investigación.* (2ª edición). Buenos Aires: Mc Graw Hill.
- Holland, J. C. (1998). *Handbook of psycho-oncology.* New York: Oxford University Press.
- Holland, J. y Lewis, S. (2003). *La cara humana del cáncer.* Barcelona: Herder.
- Pérez San Gregorio, M. de los A., Martín Rodríguez, A. y Galán Rodríguez, A. (2005). *International Journal of clinical and health psychology, Vol. 5, N° 1, pp.99-114.*
- Prieto, J.M., Blanch, J., Atala, J., Carreras, E., Rovira, M., Cirera, E. et al (2002). Psychiatric morbidity and impact on hospital length of stay among hematologic cancer patients receiving stem cell transplantation. *Journal Clinical Oncol, 20: 1907-17.*
- Sullivan, A.K., Szkrumelak, N. y Hoffman, L. H. (1999). Psychological risk factors and early complications after bone marrow transplantation in adults. *Revista Bone marrow transplant, 24: pp. 1109-1120.*
- Weisman A. (1998). *Como afrontar la enfermedad.* En Cassem NH, Stern TA, Rosenbaum J F, Jellinek MS. Massachusetts General Hospital. *Manual de Psiquiatría en Hospitales Generales.* Madrid: Harcourt Brace.
- Zabora, J.R., Smith-Wilson, R., Baker, F., Wingard, J.R., Curbow, B. (1992). The family: the other side of bone marrow transplantation. *Journal Psychosoc Oncol; 10 (1): 33-45.*