



## Ausencia de Depresión: Factor Protector de Crecimiento Post Traumático en Pacientes con Trasplante de Médula Ósea

**Resumen.** El autotrasplante de médula ósea (TAMO) es un tratamiento que ha permitido aumentar la tasa de supervivencia y curación en pacientes oncológicos, pero representa un profundo impacto en el estado físico-psicológico que conlleva grandes riesgos. A pesar de su carácter de suceso desestabilizador, puede producirse cambio positivo que genere crecimiento postraumático. Las personas que reciben tratamiento para la depresión son más capaces de enfrentar el estrés del tratamiento anticanceroso y presentar un menor riesgo de problemas que puedan interferir con sus cuidados. Objetivos: -Elucidar los niveles de depresión en los pacientes onco-hematológicos previos al TAMO -Connotar el grado de crecimiento postraumático alcanzado en los pacientes onco-hematológicos luego del TAMO -Establecer posibles relaciones entre ambos resultados. Población: 64 pacientes onco-hematológicos sometidos a TAMO en Sanatorio Allende de Córdoba, divididos en tres grupos según el tiempo transcurrido desde el trasplante. Se aplicó consentimiento informado, entrevista clínica, Escala ECOG y BDI Beck. El análisis cuanti-cualitativo se realizó con programa SPSS. Grupo I (inmediatamente después del TAMO) presenta indicadores depresión severa 37,5% y Grupo II (entre 55-100 días) en un porcentaje de 45%. Grupo III (más del año) presenta indicadores depresión leve en el 40%. El 10% de todos los evaluados se clasifica en nivel mínimo de depresión, creciendo el porcentaje a medida aumenta gravedad de sintomatología. A mayor tiempo desde el trasplante, podrían disminuir los indicadores de depresión, aferrándose a la vida con mayor calidad, recobrando relaciones y actividades y manteniendo el incremento de indicadores de Crecimiento Post Traumático.

**Abstract.** Analogous bone marrow transplant is a treatment that has enabled oncological patients to increase survival and healing rates, but it represents a profound impact on the psycho-physical state comprising relevant risks. Despite its destabilizing situational character, it may supervene posttraumatic growth upon positive change. People undergoing depression treatment are more suitable to confront cancer-treatment stress while presenting a reduced problem risk that might interfere with their respective care. Objectives: - Elucidate onco-hematological patients' depression levels prior to analogous bone marrow transplant (BMT) - Allude to posttraumatic growth degree reached by onco-hematological patients after undergoing analogous BMT. - Establish possible relations between both results. Population: 64 onco-hematological patients treated with analogous BMT at Sanatorio Allende, Córdoba city, composed of three groups according to the elapsed time of the transplant. It was applied informed consent, clinical interview, Scale ECOG and BDI Beck. The cuanti-qualitative analysis was made with program SPSS. Group I (immediately at the end BMT) presents 37.5% signs of severe depression and Group II (between 55-100 days) 45%. Group III (more than a year) presents 40% signs of mild depression. 10% of the total examinees are classified into the lowest depression level, which increases proportionally to the severity of the symptomatology. The longer time has elapsed since the transplant, depression signs may decrease, clinging to life with greater quality, regain relationships and activities and maintaining PTG growth signs.

### 1. Introducción

Esta investigación ha sido convocada principalmente por el cáncer, una enfermedad definida como un proceso reconocido como propio e integrado al organismo biológica y psíquicamente, que en su evolución sigue leyes fijas, regulares y constantes y que puede destruir la totalidad de esa estructura.

Lozano, María Cecilia <sup>a</sup>, y Di Marco, Patricia Cecilia <sup>b</sup>

<sup>a</sup>. Secyt. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba.

<sup>b</sup>. Secyt. Facultad de Psicología y Escuela de Tecnología Médica, FCM, UNC. Sanatorio Allende.

#### Palabras claves

Cáncer; Autotrasplante de médula ósea (TAMO); Crecimiento postraumático (CPT); Depresión.

#### Keywords

Cancer; analogous bone marrow transplant (BMT); posttraumatic growth (PTG); depression.

#### Enviar correspondencia a:

Lozano, M.C.

E-mail: celozano.24@gmail.com

Por ello, es que responde a una biografía biopsicosocial con un medio que la favorece, por lo que es necesario no sólo un tratamiento médico sino un cambio en el individuo para percibir y vivir en su mundo (Schávelzon, 2004).

En los últimos años, el trasplante de médula ósea se ha convertido en una posible solución para combatir esta enfermedad, y existen dos tipos principales: el autólogo o autotrasplante (TAMO) y el alogénico. En el primero, el cual referimos en nuestro trabajo, el enfermo es tanto el donante como el receptor utilizando sus propias células madre para restaurar el funcionamiento de la médula ósea. Este tratamiento ha permitido aumentar la tasa de supervivencia y de curación en muchos pacientes, presentándose como una técnica alternativa de vida y/o complementaria a otros tratamientos como la quimioterapia y/o la radioterapia convencional. Sin embargo, 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).

Por este motivo, es que paralelamente al incremento de la supervivencia en pacientes trasplantados de médula ósea y a la frecuencia de su aplicación, se asiste 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 & Moreno, 2009). 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, un modelo humanista holístico que explora las conexiones entre el cerebro, el sistema hormonal (endócrino) y el sistema inmunológico (Holland & Lewis, 2003, p. 46).

Consideramos al TAMO como evento traumático debido a su potencial naturaleza desbordante y desestabilizadora psicológicamente para el paciente de alta intensidad, que pone en cuestión esquemas básicos. Es resultante de una acción agresiva que produce una ruptura, perturbación o alteración (Dubourdieu, 2011). Este evento no afecta a todos los pacientes por igual: en algunos puede representar quedarse en el trauma y en otros podrá generar buen ajuste y hasta fortalecimiento, generando crecimiento postraumático (CPT). Este último es el resultado de estrategias cognitivas que pone en marcha el sujeto expuesto a la situación traumática para superarla y salir lo más fortalecido posible, aún cuando no sea la remisión de la enfermedad o el éxito del TAMO el resultado de tales estrategias. El CPT implica la adquisición de un cambio psicológico positivo en el presente que lo lleva a percibir que está en una situación mejor respecto a la que se encontraba antes de ocurrir el suceso. Además, sirve para desarrollar nuevas habilidades de afrontamiento extensibles a otras situaciones estresantes, aumentar recursos, establecer prioridades y reconocer el valor de los vínculos (Calhoun & Tedeschi, 2004, Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

El interés en este trabajo se centró principalmente en la depresión y en la posibilidad de que su ausencia puede actuar como factor protector en pacientes con este tipo específico de tratamiento. A pesar de haber sido estudiada desde los tiempos de los filósofos griegos, se ha convertido en la enfermedad mental representativa en el mundo contemporáneo llegando a alcanzar niveles de epidemia, de mayor prevalencia en el sistema de Atención Primaria de la Salud, y se refuerza la evidencia en el informe de la Organización Mundial de la Salud donde se encuentra entre las 10 primeras enfermedades (Whittchen, Ho y Pittrow, 2002). Se estima así que el 10% de la población mundial padece alguna forma clínica de depresión, porcentaje que puede elevarse a 25% en caso de pacientes oncológicos (Del Pino Muriel, 2011). Existen datos empíricos provenientes de múltiples estudios realizados a través del tiempo, que sustentan que la mitad de los casos que presentan depresión, adolecen de alguna otra condición física o mental, siendo las principales comorbilidades los trastornos de ansiedad, ciertas condiciones físicas y dolor, cuadros clínicos que favorecen el estrés. La depresión también puede incidir empeorando cualquier otra condición patológica o comórbida, constituyendo además un alto riesgo de intento suicida (World Health Organization, 2001). La comorbilidad depresiva empeora la calidad de vida (Grassi, 1996 y Montalvo Prieto et al, 2012) y reduce la adherencia al tratamiento (Colleoni, 2000), prolongando así su hospitalización (Prieto, 2002).

Los antecedentes más importantes que sustentan esta investigación que evidencian procesos de crecimiento o aprendizaje en individuos con enfermedades graves y hospitalizaciones prolongadas son más una norma que una excepción: Taylor, Lichtam y Word (1984) comprueban que el 70% experimentó cambios y el 60% los consideró positivos; Andrykowski (1994) demuestra la relación entre CPT y TAMO; Ho, Chan y Ho (2004) encontraron en Hong Kong cambios positivos en 188 pacientes con el afrontamiento positivo como el determinante más importante de CPT; la investigación de Vázquez & Castilla (2007), donde se revisan relaciones entre CPT y cáncer de mama considerando los factores socio-demográficos y clínicos como mediadores. Actualmente, se encuentra además el Programa Español “Psicoterapia positiva grupal para supervivientes de cáncer” de Ochoa Arnedo y su equipo (2010), que integra tanto el trauma como el crecimiento para facilitar el CPT tras la enfermedad y el tratamiento, muestra mayor reducción de sintomatología y mayor crecimiento en relación con los talleres centrados exclusivamente en reducción de malestar emocional. Por otra parte, en una tesina de trabajo final de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba (Millán & Di Marco, 2012) se analizó el CPT en diferentes estadios de la enfermedad y allí se evidenciaron diferencias en los diferentes grupos de pacientes según las dimensiones: durante el primer año el mayor desarrollo fue en las relaciones personales con los demás, dimensión que pierde fuerza hacia el segundo año de la enfermedad, disminuyendo notablemente en los pacientes en remisión. En la dimensión nuevas posibilidades sucedió lo inverso. La fortaleza personal, la apreciación por la vida y los cambios en la espiritualidad aparecieron como dimensiones de importancia significativa en toda la población, pero se

destacó la última. El CPT se comportó en los tres grupos como catalizador del trauma, mejorando tanto en el avance de la enfermedad como en su remisión, suministrando recursos en ambas situaciones.

Por último se puede inferir además, que de acuerdo a los resultados encontrados, las personas que reciben tratamiento para la depresión son más capaces de enfrentar el estrés del tratamiento anticanceroso y presentar un menor riesgo de problemas que puedan interferir con sus cuidados.

### 1.1. *Objetivos*

- Elucidar los niveles de depresión en los pacientes onco-hematológicos previos al autotrasplante de médula ósea.
- Connotar el grado de crecimiento postraumático alcanzado en los pacientes onco-hematológicos luego del TAMO.
- Establecer posibles relaciones entre ambos resultados.
- Identificar otros factores (médicos, psico-socio-familiares, socio demográficos) que puedan predecir o fomentar el desarrollo de CPT y sus posibles relaciones con la variable depresión.

## 2. Metodología

### 2.1. *Tipo de estudio*

Es una investigación *no experimental de tipo descriptiva y comparativa*, ya que no se manipulan las variables, sino que se estudia el fenómeno de la depresión en pacientes con TAMO tal y como se da en su ambiente natural, sin someterlos a ningún otro tipo de estímulo y las variables independientes ya han ocurrido. Además es de *tipo transversal o transeccional* puesto que se recolectan datos en determinado tiempo y se describen las variables tal y como suceden en un momento dado abarcando a los tres grupos descriptos anteriormente (Montero y León, 2005).

### 2.2. *Variables descriptivas principales*

Depresión previa al TAMO: variable independiente.

CPT alcanzado luego del TAMO: variable dependiente. Teniendo en cuenta sus cinco dimensiones: incremento en apreciación de la vida, sentido de que la vida brinda nuevas posibilidades, incremento en la fortaleza personal, fortalecimiento en las relaciones personales y cambios espirituales positivos. Siguiendo a Park, 1998, (en Millán y Di Marco, 2012) se tomó CPT como *resultado* (pone en marcha estrategias para beneficiarse de su experiencia) y como *proceso* de las estrategias de afrontamiento (como una estrategia o estilo habitual para afrontar).

#### 2.2.1. *Variable interviniente*

Tiempo transcurrido desde el TAMO

### 2.2.2. Variables secundarias

**Biomédicas:** estado físico del paciente o performance. Evolución médica durante y al finalizar TAMO y evolución médica o epicrisis desde el ingreso al TAMO hasta el alta de internación: diagnóstico médico (clasificados en terapias de consolidación y de rescate), pronóstico médico (no curable, intermedio y curable), momento y tiempo de aparición de la enfermedad hasta llegar al TAMO, tratamientos médicos previos, nivel de toxicidad; complicaciones, días de internación (menos de 25, 25 a 30 y más de 30) y fin de la inmunosupresión o día de recuperación inmunológica (menos de 9; entre 9 y 11, más de 11 y no se recupera).

**Psicosociales:** edad, género, estado psicosocial, número de hijos, estructura familiar (dañada o no) lugar de residencia, cobertura social (sólo durante el TAMO o paciente de la institución), nivel educativo alcanzado; ocupación actual post-TAMO, percepción de apoyo socio-familiar y del equipo sanitario.

### 2.3. Participantes

**Población objetivo:** pacientes onco-hematológicos sometidos a autotrasplante de médula, atendidos en el Sanatorio Allende.

**Muestra:** no probabilística intencional o dirigida (Hernández Sampieri, 1998, pp.226-7) de 64 sujetos. Conformada por tres grupos: 1) 24 casos evaluados inmediatamente al finalizar el TAMO, 2) 20 casos evaluados a los 55-100 días del TAMO y 3) 20 casos evaluados entre 1-3 años de realizado el TAMO. Criterios de inclusión: mayores de 21 años tratados con TAMO en el Sanatorio Allende. La variable edad comprende 2 grupos: adultez temprana y de establecimiento (21 a 40 años) y adultez de mantenimiento y declinación (mayores a 41 años). Con respecto al género no se buscó tener un número equivalente de pacientes (Tabla I).

**Tabla I.** Género, edad y nivel educativo

<b>Variable</b>	<b>Grupo I</b>	<b>Grupo II</b>	<b>Grupo III</b>
<b>Género</b>			
Femenino	46%	45%	75%
Masculino	54%	55%	25%
<b>Edad</b>			
21 a 40 años	63%	50%	40%
41 a 64 años	33%	35%	55%
Más de 65 años	4%	15%	5%
<b>Nivel educativo</b>			
Primario	13%		10%
Secundario	25%	25%	30%
Terciario /Universitario	63%	75%	60%

### 2.4. Instrumentos de recolección de datos

**Consentimiento informado:** según las normativas éticas para investigación con seres humanos recomendados por la American Psychological Association (APA, 2002).

Entrevista clínica: con el fin de recabar datos psicosociales y la historia clínica de evolución médica para los datos biomédicos. Se considera la autopercepción del paciente y la observación clínica del investigador junto a la Escala ECOG (estado físico), desarrollada por el Eastern Cooperative Oncology Group.

Inventario de Depresión de Beck (BDI, 1996): una escala de auto-reporte con enfoque para visualizar los síntomas cognitivos y conductuales de la depresión, con cobertura de los síntomas somáticos. El BDI-II es una prueba ampliamente usada en población hispano hablante, tanto en Argentina (Brenlla & Rodríguez, 2006), como en España (Sanz, Navarro & Vásquez, 2003) y en Perú (Alcántara, 2008; Rodríguez, 2008) ha demostrado su validez y confiabilidad. En Latinoamérica es la prueba de mayor uso para el diagnóstico de sintomatología depresiva. En Argentina, Brenlla & Rodríguez (2006), adaptaron la prueba con fines clínicos, por lo que, hicieron énfasis en la sensibilidad antes que en su especificidad. Es decir, adoptaron un umbral más bajo para detectar la depresión con el fin de disminuir la probabilidad de falsos positivos. Por lo tanto, los puntos de corte que se establecieron clasifican la puntuación total de 0 a 13, perteneciente al rango de depresión mínima; 14–19 dentro del rango de depresión leve; 20–28 en la categoría de depresión moderada y de 29–63 correspondiente a un nivel de depresión severo. El Alfa de Cronbach fue de .88 para pacientes y de .86 para el grupo de comparación. En la población general, la correlación también fue significativa entre ambas mediciones ( $r=0,86$ ), lo cual, demuestra su estabilidad en el tiempo.

Inventario de Crecimiento postraumático (PTGI) de Tedeschi & Calhoun (1996): se evaluó post-TAMO. Para este estudio se calculó el alfa de Cronbach (valor predictivo) para todos los factores, que oscilaron entre .50 para fortaleza personal y .78 para relación con los demás. En próximos estudios se prevé manejar propiedades psicométricas y continuar con esta línea y temática de investigación. Existiendo una actual validación y estandarización al idioma español realizada por el colombiano Acero Rodríguez (2011) y una investigación en la Universidad Nacional de Córdoba acerca de las propiedades psicométricas de este instrumento en nuestro medio.

## *2.5. Procedimiento y análisis de datos*

En primer lugar se implementó un formulario de consentimiento informado y el Inventario de Depresión de Beck previamente a la realización del trasplante de médula ósea, en el marco de una entrevista clínica administrada por el investigador principal y la colaboración de integrantes entrenados a tales fines, a cada uno de los participantes individualmente. Luego del TAMO, se aplicó el Inventario de CPT conforme a los tres momentos predeterminados en los cuales fueron agrupados los pacientes.

Se utilizó el software SPSS para Windows versión 23.0 que permitió analizar la información recogida con los instrumentos. Primero se desarrolló un análisis descriptivo a través de frecuencias (F) y porcentajes (%) con cada una de las variables categorizadas. Luego se llevó a cabo un análisis correlacional con el coeficiente Rho de Spearman entre las variables: cinco dimensiones del CPT, los

niveles indicadores de depresión, las psicosociales y biomédicas en cada uno de los grupos. Se diferenciaron las asociaciones para el total de los casos y las correspondientes a cada uno de los tres grupos considerados. Finalmente se compararon estos grupos.

### 3. Resultados

¿Qué relación hay entre los niveles de depresión previos al TAMO en los pacientes onco-hematológicos y el grado de CPT alcanzado, luego del TAMO según el tiempo transcurrido de éste?

Para el análisis descriptivo de la variable **depresión**, se tomó la totalidad de los casos, ya que la variable que subdivide los grupos, es decir, el tiempo transcurrido desde el trasplante hasta la evaluación del CPT, no corresponde al elemento depresión, debido a que en los 64 evaluados el BDI fue administrado antes del trasplante.

Sólo el 10% de los evaluados se clasifican en el nivel mínimo de depresión (nivel 1), creciendo el porcentaje a medida que aumenta la gravedad de la sintomatología: 28% para el nivel 2 (leve); 26.6% para el nivel 3 (moderado-alto) y 34.4% para el nivel de mayor gravedad (severo). Esto nos indicaría que mientras más grave es la depresión, más frecuente resulta en la población estudiada, señalando que es especialmente propensa a los síntomas depresivos.

Como ya se mencionó, para el **análisis descriptivo de las dimensiones de CPT**, se dividieron los datos en los tres grupos considerados en función del tiempo transcurrido entre el trasplante y la administración del "PTGI".

El Grupo I presenta indicadores de depresión severa (37,5%). Cabe mencionar que en este grupo hay un importante número de sujetos que presentan indicadores de depresión leve (30%). Se observa que los sujetos investigados en este grupo a mayores indicadores de depresión presentan mayores indicadores de CPT, especialmente en las dimensiones apreciación de la vida, fortaleza personal y sentido de la vida. Este grupo está poniendo todas sus energías en sí y su tratamiento.

El Grupo II muestra indicadores de severa depresión en un porcentaje del 45%. Cabe mencionar que en este grupo hay un importante número de sujetos que presentan indicadores de depresión moderada (35%). Es de destacar, la misma tendencia que en el grupo anterior: los sujetos con mayores indicadores de depresión presentan mayor CPT, sobre todo en la dimensión relación con los demás, seguida por incremento de fortaleza personal y apreciación de la vida. Este grupo está compuesto por un paciente en un período en el cual está en el hogar, con sus allegados, con menor crudeza en los tratamientos por su enfermedad, con menor estrés y limitaciones, pudiéndose descentrar y así pensar en los otros en quienes se pone en sus manos, valorando más los vínculos.

El Grupo III presenta indicadores de depresión leve en el 40% de los sujetos evaluados, un 25% evidencian indicadores de depresión moderada y un 25% depresión severa. Se puede sostener que los sujetos tienen CPT en todos los niveles de depresión, destacándose relación con los demás y cambios en la espiritualidad. En todos los sujetos que tienen entre 1 a 3 años de trasplantados, se observa que hay

elevados indicadores de CPT. Esto podría entenderse como que a mayor tiempo transcurrido el trasplante, disminuyen los indicadores de depresión. Debido a que el paciente ha ido disminuyendo su sintomatología, aferrándose a la vida con mayor calidad, recobrando relaciones y actividades y manteniendo el incremento de indicadores de CPT, aunque en grado menor al grupo II.

**Tabla II.** Variables biomédicas pre-TAMO por grupos

Variable	Grupo I	Grupo II	Grupo III
<b>Diagnóstico médico</b>			
Terapias de consolidación	33% (29% mielomas múltiples [MM] y 4% Leucemias)	30% (25% MM y 5% Leucemias)	50% (45% MM y 5% Leucemias)
Terapias de rescate	67% (34% Linfomas No Hodgkin [LNH]; 17% Linfoma Hodgkin [LH] y 16% cáncer testicular, ovario germinal y sarcoma)	70% (35% LNH, 25% LH y 10% Ca testículo/ovario)	50% (25% LNH, 20% LH y 5% Ca testículo/ovario)
<b>Pronóstico médico</b>			
no curable o (p/ aumento sobrevida)	63%	40%	50%
intermedio	4%	5%	15%
curable	33%	55%	35%
<b>Tiempo aparición enfermedad hasta TAMO</b>			
primeros meses (menos de un año)	38% (33% del grupo de consolidación)	35%	25%
entre 2 y 4 años	42%	35%	30%
al año	20%	20%	35%
más de 5 años		10%	10%
<b>Tratamientos médicos previos</b>			
sólo quimioterapia	67%	55%	85%
quimioterapia y radioterapia	29%	35%	15%
quimioterapia y cirugía	4%	10%	
<b>Estado físico paciente o performance (ECOG WHO)</b>			
Actividad completa (0)	71%	65%	75%
Actividad limitada (1)	29%	35%	25%

De acuerdo a los resultados de las variables bio-médicas observadas pre y post TAMO (Tabla III), sólo las complicaciones hacen a una diferencia importante entre los tres grupos. Es decir, los tres grupos difieren significativamente entre sí respecto al puntaje promedio en complicaciones. Además, el único caso sin complicaciones registra una alta depresión pre-TAMO. Pero como es esperable, en la mayoría de los casos con depresión severa pre-TAMO tienen diversas complicaciones. Otra variable que parece diferenciar significativamente a los tres grupos, aunque en menor medida, es la cantidad de días de internación con  $p: ,022$ .

Finalmente, respecto a las variables psico-socio-familiares y las sociodemográficas (Tabla IV), sólo el **lugar de residencia** arroja una diferencia cercana a la significativa, la cual sugiere ser una variable importante. Las demás variables psicosociales no muestran ser relevantes para diferenciar los grupos.



**Tabla III.** Variables biomédicas post-TAMO por grupos

<b>Variable</b>	<b>Grupo I</b>	<b>Grupo II</b>	<b>Grupo III</b>
<b>Complicaciones</b> (según CTCAE, 2003)			
Sin complicaciones	8%		15%
Neutropenia/ Infección catéter	29%	30%	45%
Neutropenia+Síndromes gástricos		25%	
Neutropenia+hemorragia	21%	15%	
Neutropenia+Insuficiencia cardíaca y/o respiratoria		10%	
Neutropenia+Síndrome endócrino o renal o gástrico	26%		
Neutropenia+Insuficiencia renal y/o respiratoria y/o gástrica	8%		
Neutropenia+Alteraciones neurológicas /ánimo	8%		
Neutropenia+ Síndrome endócrino o renal o gástrico+ Alteraciones neurológicas/ánimo		20%	
Hemorragia y/o Síndrome renal y/o gástricos			15%
TEPA			25%
<b>Grado de toxicidad</b>			
Sin toxicidad	13%	5%	15%
Grado 1	17%	15%	20%
Grado 2	17%	35%	25%
Grado 3	33%	25%	35%
Grado 4	17%	15%	5%
Grado 5 con acufenos	3%	5%	
<b>Días de internación</b>			
Menos de 25	71%	70%	95%
25 a 30	13%	20%	5%
Más de 30	17%	10%	
<b>Fin inmunosupresión ( recuperación inmunológica)</b>			
Menos de 9 días	-	-	-
Más de 11 días	67%	65%	70%
Entre 9 y 11 días	29%	35%	30%
No sale de la aplasia (no hay recuperación de neutrófilos)	4%		

#### 4. Discusión

En el BDI se destacan los indicadores biológicos de la depresión que generan reacciones afectivas cognitivas comportamentales, con modificaciones en la expresión de los sentimientos ante estas limitaciones tan invasivas: el cansancio, la fatiga, la pérdida de energía, la agitación, los cambios en los hábitos del sueño, presentes en los tres grupos. Prevalen cambios en el apetito e irritabilidad en el grupo I; llanto y pérdida de placer en los grupos I y II, dificultades para concentrarse y pérdida de interés en el sexo en los grupos II y III.

Las dimensiones de CPT que presentan mayor desarrollo en los dos primeros grupos son: apreciación de la vida, por la importancia que se otorga a la vida por sobre toda valoración y el incremento de la fortaleza personal como aspecto de lucha para superar la enfermedad y los tratamientos que esta implica. Esta tendencia disminuye en el grupo III. Es decir que el paso del tiempo hace que se diluyan estas dimensiones del CPT, dando lugar a partir del grupo II al incremento de la relación con los demás de modo notable, así como también a cambios espirituales en el grupo III. Se podría pensar que a medida que se va dejando atrás la experiencia del TAMO, donde se pusieron todas las energías en sí mismo, apreciando la vida y aferrándose a ella fortaleciéndose para superarse, va dando paso a valorar

los vínculos con las demás personas y la espiritualidad, o sea descentrarse de uno mismo y ponerse en manos de otros.

**Tabla IV.** Variables sociodemográficas y psicosociales pre-TAMO por grupos

<b>Variable</b>	<b>Grupo I</b>	<b>Grupo II</b>	<b>Grupo III</b>
<b>Estado psicosocial</b>			
Soltero	25%	15%	25%
Casado/Unido/ En pareja estable	54%	65%	40%
Separado/Divorciado	17%	20%	25%
Viudo			5%
Segunda unión por viudez	4%		5%
<b>Número de hijos</b>			
Sin hijos/ No tiene	33%	25%	30%
Hijos menores	38%	30%	20%
Hijos mayores	21%	30%	35%
Hijos mayores y menores	8%	15%	15%
<b>Cobertura social</b>			
Sólo durante el TAMO	54%	40%	40%
Pacientes de la institución desde antes del TAMO	46%	60%	60%
<b>Lugar de residencia</b>			
Córdoba Capital	17%	10%	55%
Interior de Córdoba	46%	50%	20%
NO Argentina	17%	25%	15%
Cuyo	17%	10%	10%
Sur Argentina /Patagonia	4%	5%	
<b>Ocupación actual desde situación-TAMO</b>			
Desocupado	21%	15%	20%
Jubilado/Pensionado	8%	10%	5%
Metalúrgico/Productor agropecuario/ Técnico/ operario/	21%	15%	
Apicultor			
Estudiante	4%	10%	10%
Comerciante	8%	10%	5%
Administrativo/ Secretaria	4%	10%	10%
Analista de mercado/ Abogado/ Escribano	4%	10%	5%
Profesional de la salud (Bioquímico/ Médico/	8%	5%	15%
Psicólogo/Fonoaudiólogo)			
Docente	8%		5%
Ama de casa	14%	15%	25%
<b>Estructura familiar</b>			
No dañada	67%	60%	45%
Intermedia	4%	10%	15%
Dañada	29%	30%	40%
<b>Percepción de apoyo socio-familiar</b>			
No percibe	4%	5%	5%
Sí percibe	96%	95%	95%
<b>Percepción del apoyo del equipo sanitario</b>			
Excelente	29%	35%	30%
Muy buena	63%	55%	50%
Buena	8%	10%	10%
Regular			10%

En relación con las variables bio-médicas, los mayores niveles de depresión se observan en los pacientes que han esperado más tiempo por el TAMO (Tabla II). Probablemente ese tiempo de espera para este tratamiento con mayor tiempo de sufrimiento esté marcándolo. Los pacientes que ingresaron

al TAMO con depresión alta y severa tienen niveles altos de toxicidad (Tabla III). Otro indicador que suma es que los que ingresaron pre-TAMO con niveles de depresión leves estuvieron menos días internados (Tabla III). Siguiendo a Dubourdieu (2011), la presencia de expectativas realistas según las metas y el pronóstico y las relaciones interpersonales firmes podrían estar colaborando en ello. Por otra parte la adherencia al tratamiento de estos pacientes también representaría un factor protector.

En relación con las variables psico-sociales (Tabla IV), podría comentarse que cuando la distancia es muy grande entre el lugar de residencia y donde realiza el tratamiento, ello podría influir en el estado de ánimo. Por otra parte los casos de depresión más severa, tienen los niveles más altos de percepción de apoyo del equipo de salud. Estos pacientes probablemente demanden más al equipo y tengan mayor apertura para recibir. Se observa también en estos datos que la posibilidad del TAMO brinda en personas mayores una posibilidad que antes no era factible médicamente. Ya que muchos de estos pacientes han perdido seres queridos por la enfermedad que ahora ellos esperan superar, porque en aquel momento no existían estas posibilidades de tratamiento existentes. Finalmente, la mayoría de los pacientes con mayor nivel educativo están entre los de mayores niveles de depresión. A veces, saber más puede generar más depresión y también podrían explicarlo, el estilo de vida y los niveles de exigencia a lo largo de sus vidas.

Entonces, a mayor tiempo desde el trasplante, podrían disminuir los indicadores de depresión, aferrándose a la vida con mayor calidad, recobrando relaciones y actividades y manteniendo el incremento de indicadores de CPT.

Puede concluirse que es el cáncer una enfermedad que provoca una desestabilización en los estados de ánimo de los pacientes, encontrando una de sus posibilidades de cura al TAMO, pero aún así lo enfrentan con miedo a que no funcione. Presentando pre-TAMO indicadores biológicos que los influyen tanto psicológica como comportamentalmente, ya que son parte de su estado físico y estamos hablando de un sujeto entero, integrado. Así, en este trabajo, pudo elucidarse que a pesar de dicha enfermedad y su posterior tratamiento, los sujetos quieren aferrarse a la vida, logran trascenderse y descentrarse de sí mismos, teniendo como factor protector una adherencia al tratamiento, y el apoyo social de un equipo que los sustente frente a altos niveles de depresión.

De este modo, la depresión podría ser un facilitador de procesos inflamatorios a considerar como variable predictiva. Por este motivo, consideramos que su tratamiento es sumamente necesario ya que las personas que reciben atención para la depresión (Tateishi Serruto, 2011) son más capaces de enfrentar el estrés del tratamiento anticanceroso y presentar un menor riesgo de problemas que puedan interferir con sus cuidados, que aquellos pacientes que no reciben dicha atención (Chochinov, 2001).

Por lo tanto, la depresión no tratada eleva el potencial para presentar conductas de afrontamiento mal adaptativas, tales como regresión, incumplimiento de instrucciones, hostilidad, desesperanza prematura, e, incluso el suicidio (Alarcón, 2004; Chochinov, 2001; Hjerl et. al, 2003; Reddick, Nanda, Campbell, Ryman & Gaston-Johansson, 2005; Satin, Linden & Phillips, 2009).

## 5. Referencias

- Acero Rodríguez, P. D. (2011). *La otra cara de la Tragedia. Resiliencia y crecimiento postraumático*. Bogotá: San Pablo.
- Acero Rodríguez, P.D. (2011). *Validación y estandarización del inventario de crecimiento postraumático en español*. Ponencia presentada en el XXXIII Congreso Interamericano de Psicología. Medellín: Inédito.
- Alarcón, A (2004) *La depresión en el paciente renal*, en Alarcón A, (ed.), Aspectos psicosociales del paciente renal. Bogotá: Editorial La Silueta, 75-97.
- Alcántara, N. (2008) *Sintomatología depresiva y Adhesión al tratamiento en pacientes con VIH. Tesis para optar por el título de licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- American Psychological Association (APA) (2002). *Manual de estilo de publicación*. Adaptado al español (2ª edición). México: El Manual Moderno.
- Andrykowski, M. (1994). Psychiatric and psychosocial aspects of bone marrow transplantation. *Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry*, 35,13-24.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Beck, A., Steer, R. y Brown, G. (2006). *Inventario de depresión de Beck*. Buenos Aires: Paidós.
- Bellver, A. y Moreno, P. (2009). Riesgos psicosociales e intervención psicológica en los pacientes con TMO. *Psico-oncología*. Vol. 6, N° 1, pp. 65-81.
- Brenlla, M y Rodriguez, C (2006) *Manual de Inventario de Depresión de Beck BDI II Adaptación Argentina*. Buenos Aires: Editorial Paidós
- Calhoun, L.G. & Tedeschi, R.G. (2004). The foundations of posttraumatic growth: New considerations. *Psychological Inquiry*, 15, 93-102.
- Colleoni, M., Mandala, M., Peruzzotti, G., Robertson, C., Bredart, A. y Goldhirsch, A (2000). Depression and degree of acceptance of adjuvant cytotoxic drugs. *Lancet*, 356: 1326-1337.
- Chochinov, H. (2001) Depression in cancer patients. *LancetOncol*; 2(8): 499-505.
- Del Pino Muriel, D.F (2011 ed.2012). *Prevalencia de depresión en pacientes oncológicos que permanecen hospitalizados y su relación con los aspectos sociodemográficos y clínicos de la enfermedad, en el Hospital Oncológico de Solca Nucleo Quito. Ecuador*. Tesis Doctorado. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito. Ecuador. *Recuperado el 4 de diciembre de 2013: www:ftp.puce.edu.ec/handle/22000/5350*.
- Di Marco, P.C., Keegan, A. R. y Valentini, A. B. (2015) *Factores protectores y vulnerables en pacientes oncológicos candidatos al autotransplante de médula ósea (TAMO)*. Proyecto B Secyt, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba.
- Di Marco, P.C., Valentini, A. B., Millán, S., Lozano, M.C., Keegan, A. R., Álvarez Bolea, M. y Savio Simes, I.A. (2013). *Estrategias de afrontamiento y crecimiento postraumático alcanzado a lo largo del tiempo en pacientes con autotransplante de médula ósea (TAMO)*. Proyecto B Secyt, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba.
- Dubourdieu, M. (2011). *Psicoterapia integrativa PNIE. Psiconeuroinmunoendocrinología. Integración cuerpo mente entorno*. 2ª edición. Montevideo: Psicolibros Waslala.
- Grassi, L., Indelli, M., Marzola, M., Maestri, A., Santini, A y Piva, E. (1996). Depressive symptoms and quality of life in home care assisted cancer patients. *Journal of pain and symptom management*, 12 (5). 300-307.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (1998). *Metodología de la Investigación*. (2ª edición). Buenos Aires: Mc Graw Hill.
- Hjerl, K., Andersen, E. W., Keiding, N., Mouridsen, H. T., Mortense, P. B., Jorgensen, T. (2003). Depression as prognostic for breast cancer mortality. *Psychosomatics*, 44: 24-30.
- Ho, S.M, Chan, C.L.W. y Ho, R.T. (2004). Posttraumatic growth in chinese cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 13, 377-389.
- Holland, J. y Lewis, S. (2003). *La cara humana del cáncer*. Barcelona: Herder.
- Leibovich de Duarte A. La dimensión ética en la investigación psicológica. Rev. Instituto de Investigación de la Facultad de Psicología UBA 2000, adaptación 2011-51: 41-61.
- Millán, S. y Di Marco, P. (2011). *Crecimiento postraumático: atravesar el cáncer y resultar favorecido*, Anteproyecto de Trabajo final de Licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología, UNC.
- Montalvo Prieto, A, Cabrera Nanchares, B y Quiñones Arrieta, S. (2011, ed.2012). Enfermedad crónica y sufrimiento: Revisión de la literatura. *Chía, Colombia. Año 12: 2, 134-143. Recuperado el 4 de diciembre de 2013:www.sci.unal.edu.co/scielo.php?script=sci\_abstract&pid...lng...*
- Montero, I. y León, O.G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*. Vol 5. N° 1 pp.115-127. Madrid: Universidad Nacional Autónoma.

- Ochoa Arnedo, C., Sumilla, E., Mate, J., Castejón, V., Rodríguez, A., Blanco, I., Gil, F. (2010). Psicoterapia grupal en cáncer. Hacia una atención psicosocial integral del superviviente de cáncer. *Psicooncología*. Vol.7, N°1, pp.7-34.
- Prieto, J.M., Blanch, J., Atala, J., Carreras, E., Rovira, M., Cirera, E. (2002). Psychiatric morbidity and impact on hospital length of stay among hematologic cancer patients receiving stem cell transplantation. *Journal Clinical Oncol*, 20: 1907-17.
- Rodríguez, L (2008) *Sintomatología depresiva y riesgo para desarrollar un trastorno alimenticio en mujeres adolescentes universitarias y pre-universitarias. Tesis para optar por el título de licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Sanz, J., Navarro, M., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29(124), 239-288.
- Savio Simes, I., Ferrero, G. y Di Marco, P.C. (2009). *Depresión y desesperanza en pacientes oncológicos*. Práctica pre-profesional. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba.
- Schávelzon, J. (2004). *Psicooncología, principios teóricos y praxis para el siglo XXI*. Bs As: Cinética Interamericana.
- Seligman, M.E.P. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Tateishi Serruto, V (2011). *Estilos de humor y sintomatología depresiva en pacientes con cáncer de mama*. Tesis de grado. Facultad de Letras Ciencias humanas. Pontificia Universidad del Perú. Recuperado el 4 de diciembre de 2013: [www.tesis.pucp.edu.pe/.../TATEISHI\\_SERRUTO\\_VICTOR\\_ESTILOS.pdf](http://www.tesis.pucp.edu.pe/.../TATEISHI_SERRUTO_VICTOR_ESTILOS.pdf)
- Taylor, S.E., Lichtman, R.R. y Wood, J.V. (1984). Attributions, beliefs about control and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46. 489-502.
- Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory. Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 9: 455-471
- Vázquez, C. y Castilla, C. (2007) Emociones positivas y CPT en el cáncer de mama. *Psicooncología*, Vol 4, N° 2-3, pp. 385-404.
- Whittchen HU, Pittrow . 2002. Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: The depression 2000 study, human psychopharmacology, *Hum Psychopharmacol Clin Exp* 2002; 17: S1- S11. Published on line in Wiley InterScience (www. Interscience. Wiley.com). DOI: 10.1002/hup.398.
- World Health Organization. La salud en el mundo (2001). WHO, Ginebra.