

INFORMACIÓN, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS (TPH) EN UN ESTUDIO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

INFORMATION, ANXIETY AND DEPRESSION IN PATIENTS SUBMITTED TO BONE MARROW TRANSPLANTATION (BMT) IN A STUDY OF PSYCHOLOGICAL INTERVENTION

Soledad de Linares, Antonio Moratalla, Antonio Romero, José María de Pablos, Pilar López, Pilar Navarro, Manuel Almagro y Manuel Jurado

Servicio de Hematología de Hospital Universitario Virgen de las Nieves

Resumen

En el Servicio de Hematología del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada se ha puesto en marcha un programa psicológico para pacientes candidatos a trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH). Con dicho programa se pretende favorecer la adaptación, amortiguar el impacto psicológico y el sufrimiento asociado. Se potencian los recursos para disminuir, en lo posible, los efectos negativos como son la ansiedad y la depresión, en base a las diferencias individuales, el nivel de información a cerca del proceso y a sus propios recursos de afrontamiento.

El programa psicológico consiste en cuatro sesiones que incluyen: 1. Análisis y manejo de la información, 2. Habilidades de afrontamiento, 3. Manejo del estrés y 4. Preparación para el aislamiento a nivel familiar. Se midieron las variables de ansiedad, depresión con la Escala de Ansiedad y Depresión (HAD) y el nivel de información con una escala categorial diseñada específicamente para este estudio. Los momentos de medida se realizan al diagnóstico, al ingreso en cámara de aislamiento, a los cien días, a los seis meses, al año y a los dos años después del trasplante. Se contemplan dos grupos principales; un grupo intervención, que recibe el programa de intervención psicológica y un grupo control al cual no se aplica el programa debido a la mecánica de ingreso.

En este trabajo se muestra como los pacientes que reciben la intervención psicológica antes del trasplante, obtienen niveles menores

Abstract

At the department of Haematology on the University Hospital Virgen de las Nieves, Granada, it is applied a psychological program for patient bone marrow transplantation (BMT) candidates. With this program it is tried to favour the adjustment, to muffle the psychological impact and to determine the associated suffering. The resources are promoted to diminish the negative effects such as anxiety and depression, on the basis of the individual differences, the level of information to near the process and to its own resources of confrontation.

The psychological program consists of four meetings which include: 1. Analysis and information management, 2. Confrontation skills, 3. Stress management and 4. Preparation for the isolation to family level. It is measured anxiety and depression by The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and the level information about the disease process and transplantation by a categorical scale designed for this research. The assessments are realized at following phases: the moment of diagnosis, at the revenue in chamber of isolation, at hundred days, at six months, one year and two years after BMT. Two principal groups were studied: an intervention group, which received the psychological intervention program and a control group for which did not apply the program due to the mechanics of revenue.

In this work it appears as the patients who receive the psychological intervention before

Correspondencia:

*Soledad de Linares Fernández
Servicio de Hematología del Hospital Universitario Virgen de las Nieves.
Avd. Fuerzas Armadas, nº 2 C.P. 18014 Granada
E-mail: sllinares@fundacionhvn.org*

en ansiedad y depresión, mostrando un nivel de información más elevado que los que no reciben dicha intervención. Se concluye con la importancia de la intervención psicológica especializada y adaptada en un proceso agresivo como es el trasplante de progenitores hematopoyéticos.

Palabras clave: Intervención psicológica; ansiedad; depresión; información; pacientes hematológicos; trasplante de médula;

the transplant, they obtain minor levels in anxiety and depression; showing a level of information higher than it the patients did not receive the above mentioned intervention. These results stress the importance of psychological intervention for BMT patients.

Key words: Psychological intervention; anxiety; depression; information; haematologic patients; bone marrow transplantation.

INTRODUCCIÓN

El trasplante de médula ósea es una opción terapéutica ante múltiples enfermedades, ya sea por alteraciones primarias de la médula ósea, o debido a la administración de altas dosis de quimioterapia y/o radioterapia en diversos procesos oncológicos. Se puede distinguir varios tipos de trasplante⁽¹⁾ en función del donante; si es un hermano con HLA idéntico: trasplante alogénico; si es un hermano u otro familiar no HLA idéntico: trasplante haploidéntico; si no es familiar del paciente: trasplante de donante no emparentado; o si es del propio paciente: trasplante autólogo. También se pueden diferenciar según la procedencia de las células madre; si proceden directamente de la médula se denomina trasplante de médula ósea (TMO); si proceden de la sangre, trasplante de progenitores hematopoyéticos de sangre periférica (TPH); y si proceden de la sangre del cordón umbilical de un recién nacido, trasplante de cordón umbilical. El trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) es un tratamiento relativamente reciente que aumenta significativamente la tasa de supervivencia de pacientes con enfermedades hematológicas, como son las leucemias, los linfomas y los mielomas.

En dicho tratamiento, después de la extracción de células madres de sangre

periférica a través de aféresis, bien del propio paciente o del donante, se administra una alta dosis de quimioterapia, en algunos casos también radioterapia, que elimina toda célula patológica del organismo y/o destruye la médula enferma para sustituirla por una sana. El ingreso de los pacientes en el Servicio de Hematología del Hospital Universitario Virgen de las Nieves, se realiza en cámaras de aislamiento con flujo laminar, para la protección estéril del entorno del paciente.

Este tratamiento supone, a pesar de los avances conseguidos en él, ciertos riesgos que el paciente tiene que asumir, relacionados en su mayoría con la muerte y el sufrimiento. Los efectos secundarios del tratamiento con quimioterapia y/o radioterapia (nauseas, vómitos, dolor, mucositis, alopecia, etc.), el largo periodo de estancia y la separación de sus familiares tienden a influir en el estado de ánimo del paciente. Lesko et al⁽²⁾ sostienen que el diagnóstico de una leucemia o un linfoma produce un gran estrés psicológico; el miedo a la muerte, la pérdida de roles, la dependencia y la incapacidad que padecen muchos enfermos de cáncer, se agudiza en pacientes hematológicos, debido fundamentalmente al aislamiento, la inmunosupresión y los largos periodos de hospitalización. A pesar de ello los pacientes que reciben un trasplante suelen

valorar positivamente este tratamiento, ya que implica un gran aporte técnico y una búsqueda de mejora en su situación frente a la enfermedad⁽³⁾.

Otros investigadores se han preocupado de la necesidad de valorar las reacciones psicológicas que los pacientes tienen cuando deben enfrentarse a un proceso tan difícil como es un trasplante de médula. Durante mucho tiempo se ha trabajado con idea de que los problemas psicológicos que pueden presentar estos pacientes son comparables con situaciones de aislamiento social, separación padres-hijos o privación sensorial⁽⁴⁾.

Uno de los pioneros estudios en el campo en situaciones de aislamiento y variables psicológicas fue de Holland et al⁽⁵⁾ donde se concluye que los pacientes en general se adaptan al ambiente protegido y mantienen la estabilidad emocional, estando su funcionamiento psicológico muy asociado a su estado físico.

En 1993, Syrjala et al⁽⁶⁾ realizaron un estudio prospectivo con pacientes que iban a recibir un trasplante y obtuvieron que el 41% de ellos presentaban altos niveles de ansiedad y que el 27% mostraba signos de depresión durante el tratamiento previo al mismo. Estos autores concluyeron también que las respuestas de ansiedad y depresión se mantienen estables a lo largo del seguimiento.

Otros trabajos, como el de Meyers et al⁽⁷⁾, ponen de manifiesto a través de un estudio del funcionamiento emocional (ansiedad y depresión) que antes del ingreso, los pacientes presentaban ansiedad en un 40%, la cual disminuía durante el ingreso, y prácticamente desaparecía en el seguimiento; mientras que la depresión aumentaba a lo largo de la hospitalización, disminuyendo en el seguimiento. Concluyeron que el tipo de trasplante, el locus de control y el grado

de apoyo social, están relacionados con el estrés psicológico y el funcionamiento cognitivo.

Muchos pacientes tienden a tolerar la situación de aislamiento, aunque hay factores causantes de estrés asociados a la misma que pueden ser aliviados. La ansiedad es la reacción que se presenta con más frecuencia en el período previo al trasplante, mientras que en la convalecencia pueden darse reacciones tanto de ansiedad y como de depresión, aumentando esta última si aparecen dificultades en el trasplante y el ingreso se prolonga⁽⁸⁾.

Por todo ello se puede considerar el trasplante como un proceso estresante que requiere, por parte de los pacientes, poner en marcha una serie de estrategias de afrontamiento, es decir, esfuerzos cognitivos y conductuales que les ayuden a adaptarse a las demandas tanto internas como externas, cobrando gran importancia la capacidad para analizar las nuevas situaciones y crear nuevos mecanismos de afrontamiento. Lesko et al⁽⁹⁾ afirman que la capacidad de delegar el control en otros y de establecer relaciones cercanas con el equipo son importantes para la adaptación del paciente a la situación de aislamiento. Así mismo, Neuser et al⁽¹⁰⁾ comprobaron que los pacientes que colaboran en el tratamiento, piden ayuda activamente a otros y el reconocimiento de los demás, presentan una mejor adaptación, que aquellos que no realizan estas estrategias.

Por el contrario, Rodrigue et al⁽¹¹⁾ evaluando una muestra de 51 pacientes antes del ingreso, concluyen que un estilo de afrontamiento pasivo se correlaciona con niveles más altos de psicopatología. Además una falta de respuestas adaptativas por parte de los pacientes, como son la no cooperación con los profesionales o con los cuidadores, puede gene-

rar estrés y ansiedad en la familia y en el equipo sanitario⁽¹²⁾

Para Arrarás et al⁽⁸⁾ el trasplante supone también un esfuerzo para la familia del enfermo, el papel que desempeña la familia influye en el funcionamiento y en las reacciones emocionales, además sus experiencias anteriores con la enfermedad y las posibilidades de recuperación favorecerán o no la adaptación al trasplante.

Por otro lado, el conocimiento acerca de la enfermedad, del tratamiento al que se somete el paciente y las sensaciones que van unidas a ambos, ayudan a conseguir una mayor estabilidad emocional y cooperación del paciente durante el proceso de trasplante⁽¹³⁾. A pesar de ello, un alto porcentaje de los enfermos oncológicos percibe tener una enfermedad diferente a la real, una disminución de la gravedad y un pronóstico mejor⁽¹⁴⁾. Mientras que los familiares tienden a solicitar que no se diga al enfermo la verdad sobre su diagnóstico, lo que favorece un bajo nivel de conocimiento⁽¹⁵⁾. Según Durá⁽¹⁶⁾ la información al paciente oncológico debe comunicarse progresivamente, y teniendo en cuenta las características físicas y psicológicas del enfermo, con el objetivo de ayudarlo a afrontar mejor su situación.

El objetivo principal de cualquier intervención psicológica en pacientes diagnosticados de cáncer es ayudar a soportar mejor el diagnóstico y los tratamientos, disminuyendo los sentimientos de indefensión y abandono, reduciendo la ansiedad en relación a los tratamientos, y clarificando las percepciones e informaciones erróneas⁽¹⁷⁾. Este tipo de intervenciones especializadas han demostrado ser eficaces⁽¹⁸⁾, a pesar de no existir un protocolo de actuación estándar.

Según señala Báñez et al⁽¹⁹⁾ las estrategias que se llevan a cabo en este tipo de

actuaciones están relacionadas con el apoyo emocional, refiriéndose a que el paciente se siente escuchado, entendido, animado y cuidado; con el apoyo informacional-educacional, que favorece el nivel de información necesario para poder afrontar todo el proceso; y con el apoyo instrumental, donde se proporciona recursos materiales, económicos o asistencia domiciliaria a los pacientes.

Folkman y Greer⁽²⁰⁾ afirman que todo programa terapéutico para enfermos graves debe promover el bienestar, considerando como objetivos: a) crear una oportunidad para el "desafío", averiguando lo que es importante para el paciente, estableciendo objetivos y subrayando las oportunidades para el control personal; b) promover la consecución de estos objetivos; y c) mantener un estado de ánimo positivo repasando sucesos agradables con el sujeto.

Moore y Greer⁽²¹⁾ proponen, a través de una adaptación de la Terapia Cognitiva de Beck, un programa cognitivo-conductual denominado Terapia Psicológica Adyuvante (TPA). La TPA tiene como características ser estructurada, breve (6-12 sesiones), estar centrada en el problema y ser participativa. Se hace uso de las tareas para casa y se emplea una variedad de técnicas de tratamiento: técnicas conductuales (relajación, las tareas graduadas y la planificación de actividades); técnicas cognitivas (registro de pensamientos automáticos, estrategias cognitivas de afrontamiento y reestructuración cognitiva); así como métodos no directivos como la ventilación de sentimientos. Su eficacia se ha comprobado a través de diferentes estudios^(22,23), reflejando la eficacia en los niveles de ansiedad, depresión y adopción de estrategias positivas de afrontamiento. Posteriormente esta terapia ha sido adaptada con éxito a pacientes oncológicos^(24,25).

Arranz et al⁽²⁶⁾ han desarrollado un protocolo de intervención psicológica que forma parte de un algoritmo de intervención integral de los pacientes oncohematológicos, con objeto de facilitar a los pacientes un afrontamiento al trasplante en las mejores condiciones posibles. Para ello han desarrollado el denominado "Programa de intervención psico-educativa pre-TMO", cuyo objetivo general es favorecer la adaptación al proceso, amortiguando el impacto psicológico y el sufrimiento asociado, identificando y anticipando necesidades, preocupaciones y dificultades, y potenciando los recursos que permitan disminuir, en lo posible, los efectos negativos (ansiedad, depresión, efectos secundarios, etc.).

El Servicio de Hematología del Hospital Universitario Virgen de las Nieves se ha puesto en marcha un programa de intervención psicológica para pacientes que deben someterse al TPH que intenta favorecer la adaptación del paciente. Se pretende con ello amortiguar el impacto psicológico y el sufrimiento asociado, a través de la identificación y anticipación de las necesidades, preocupaciones y dificultades. Esta intervención planificada tiene como objetivo disminuir, en lo posible, los efectos negativos como son la ansiedad y la depresión, basándose en a las diferencias individuales de las personas y en sus propios recursos de afrontamiento.

MÉTODO

Muestra

Los pacientes del ámbito de estudio son candidatos al TPH, contemplándose dos grupos principales de pacientes:

a) Grupo Intervención, formado por aquellos pacientes que son diagnos-

ticados de su patología en el Servicio de Hematología del Hospital Universitario Virgen de las Nieves y que reciben tratamiento bien en la planta de hospitalización o bien en Hospital de Día. A este grupo se les evalúa en diferentes ocasiones y se les aplica el programa de intervención psicológica desde el momento en que son seleccionados para el trasplante.

b) Grupo Control, formado por aquellos pacientes que son derivados al Servicio de Hematología para someterse al procedimiento de trasplante. A este grupo se les evalúa desde su ingreso en cámara de aislamiento y no reciben el programa psicológico debido a su dinámica de ingreso o a que rechazan el mismo.

Diseño y variables

Variables dependientes

Tanto la ansiedad, entendiéndose como la alteración emocional frente a un estímulo estresante, ante el cual la persona no cuenta con suficientes recursos, como la depresión, definida como la alteración del estado de ánimo ante la percepción de una pérdida real o imaginada, son evaluadas a través del Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD). Este instrumento de medida, que ha sido validado en pacientes con cáncer⁽²⁷⁾, se compone por dos sub-escalas, una de ansiedad y otra de depresión⁽²⁸⁾, siendo muy valorada en el ámbito hospitalario porque excluye preguntas sobre síntomas físicos que pueden confundirse con los síntomas causados por la ansiedad y la depresión. Los puntos de corte que se utilizan en este estudio son: entre 0 y 7, sin síntomas de ansiedad o depresión, entre 8 y 10, subclínico y entre 11 o más, síntomas clínicos.

El nivel de información acerca del diagnóstico y del trasplante se obtiene mediante entrevistas de evaluación y de seguimiento creadas para este estudio. Se registra la percepción que el paciente tiene, en escala Likert (Nada 0 a Mucha 10) del grado de información, tanto de la enfermedad como del tratamiento al que va a ser sometido (TPH).

Variables independientes

El programa de intervención psicológica de este estudio tiene el objetivo, como el desarrollado por Arranz y Coca⁽²⁶⁾, favorecer la adaptación al proceso, amortiguando el impacto psicológico y el sufrimiento asociado, identificando y anticipando necesidades, preocupaciones y dificultades, disminuyendo, en lo posible, los efectos negativos como son la ansiedad y la depresión. Las fases de dicho programa que son adaptadas a esta unidad son:

- a) Análisis y manejo de la información, donde se identifican y rectifican dudas, miedos y temores relacionados con la información médica, fomentando la comunicación abierta con el personal sanitario. En esta fase se realiza un primer contacto con la cámara de aislamiento a través de una visita a la misma.
- b) Habilidades de afrontamiento, fase en la cual se identifica el estilo de afrontamiento de la persona ante situaciones consideradas estresantes para ella y relacionadas con todo el proceso de trasplante, reforzando actitudes positivas y fomentando nuevas formas de afrontamiento. Por último se crea una lista de recursos materiales (libros, música, etc.) que el paciente considera importantes para su estancia en cámara de aislamiento.

- c) Manejo del estrés, donde se educa a la persona sobre el funcionamiento del estrés, identificando fuentes de estrés además de pensamientos irracionales que lo aumenten, generando alternativas a los mismos. Se entrena en relajación a través de respiración diafragmática.
- d) Preparación para el trasplante a nivel familiar, momento en la que se identifica el nivel informativo de la familia y el estilo comunicativo familiar, fomentando la asertividad de la familia con el paciente y viceversa. Se normalizan las posibles situaciones de estrés y se facilitan la comunicación con todo el personal sanitario.

Las variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, situación familiar, escolaridad, situación laboral), las variables clínicas (diagnóstico, estadio, tratamientos, tipo de TPH) se obtienen a través de la consulta de la historia clínica y se recogen en una hoja de datos creada para este estudio.

Procedimiento

La captación de los sujetos para el estudio se realiza en sesión clínica donde el equipo médico concluye la necesidad del trasplante para el paciente, bien cuando se acaba de conocer el diagnóstico y/o el paciente se encuentra en tratamiento en la unidad (grupo intervención) o cuando es solicitado el trasplante desde otros servicios u hospitales (grupo control).

En el primer contacto con los pacientes se les informa del estudio, se firma el consentimiento informado y se realiza la primera aplicación del cuestionario HAD, además de la entrevista de evaluación y de recogida de datos sociodemográficos, diagnóstico, etc. La intervención psicológica, adaptada a su proceso

de tratamiento, se lleva a cabo cuando los pacientes están en tratamiento bien en planta o en hospital de día. Si el paciente procede de otras unidades y/o hospitales, este primer contacto tiene lugar en el ingreso a trasplante.

Cuando los pacientes llegan a trasplante se realiza una segunda evaluación (grupo intervención) o un primer contacto en el caso de que no haya sido evaluado antes (grupo control) y se aplica de nuevo el HAD. Los seguimientos para las reevaluaciones a todos los pacientes se llevan a cabo a los cien días, seis meses, año y dos años del trasplante, donde se aplica de nuevo la escala de ansiedad y depresión.

RESULTADOS

El análisis de los datos se ha realizado con el paquete estadístico SPSS para Windows 9.0. Se han realizado un análisis no paramétrico Test de Kruskal-Wallis que permite comparar los promedios o medianas de K muestras independientes. Además de la correlación no paramétrica para las variables de ansiedad y depresión por grupos en los diferentes momentos de aplicación a través de la Rho de Spearman.

Los primeros resultados que se presentan se han obtenido a lo largo de once meses y corresponden a un total

de 16 pacientes que han pasado por trasplante y se les ha realizado la evaluación a los cien días del mismo. Del total de la muestra, 62,50% pertenecen al grupo de intervención y 37,50% al grupo control, de los cuales 68,75% son mujeres y el 31,25% son hombres, siendo la media de edad media de 39 años (Véase Tabla 1).

Con respecto a las variables de ansiedad y depresión se ha encontrado que el 50% de los pacientes del grupo de intervención presenta puntuaciones clínicas de ansiedad al diagnóstico, mientras que signos clínicos de depresión aparecen en el 20% de la muestra. Cuando los pacientes ingresan a trasplante los signos de ansiedad clínica en el grupo intervención desaparecen, mientras que en el grupo control, el 90% presenta síntomas clínicos de ansiedad y el 32% de este grupo padece signos clínicos de depresión. (Véase Tabla 2).

El análisis de la correlación de la variable ansiedad (Rho de Spearman) demuestra que no existe correlación entre la ansiedad inicial y la de ingreso en trasplante ($p \leq 0,05$), además de una correlación poco significativa entre la inicial y al seguimiento ($p \leq 0,05$). Por otro lado, se ha encontrado correlación entre la ansiedad al ingreso en trasplante y la posterior al mismo ($p \leq 0,01$). Con respecto a la depresión el análisis de correlaciones demuestra que no existe

Tabla 1. **Datos de estudio y clínicos (n = 16)**

		Nº	%
GRUPO INVESTIGACIÓN	Grupo Intervención	10	62,50%
	Grupo Control	6	37,50%
DIAGNÓSTICO	Leucemia	7	43,75%
	Linfoma	7	43,75%
	Mieloma	2	12,50%
TIPO TPH	Trasplante Autólogo	10	62,50%
	Trasplante Alogénico	6	37,50%

Tabla 2. **Porcentajes de pacientes con puntuaciones clínicas, sub-clínicas y normales en ansiedad y depresión (HAD)**

		Ansiedad			Depresión		
		Signos Clínicos	Signos Subclínicos	Sin Signos	Signos Clínicos	Signos Subclínicos	Sin Signos
Grupo Intervención	Diagnóstico	50%	40%	10%	20%	40%	40%
	Ingreso TPH	0%	10%	90%	0%	0%	100%
	+100 días	0%	0%	100%	0%	0%	100%
Grupo Control	Ingreso TPH	90%	10%	0%	33%	33%	34%
	+100 días	10%	90%	0%	10%	10%	80%

Tabla 3. **Matriz de Correlación (Rho de Spearman) para las variables de ansiedad y depresión**

	Ansiedad Inicial	Ansiedad TPH
Ansiedad ingreso TPH	0,314	0,809**
Ansiedad +100 días	0,787*	
	Depresión Inicial	Depresión TPH
Depresión ingreso TPH	0,294	0,728**
Depresión + 100 días	0,677	

($P < 0,01^{**}$ / $P < 0,05^{*}$)

correlación entre la depresión al diagnóstico, al ingreso en TPH y a los 100 días, habiéndose solo encontrado correlación entre ingreso al TPH y a los 100 días con $p \leq 0,01$. (Véase Tabla 3).

a) Nivel de información sobre T.P.H. modulado por intervención psicológica

Se puede observar en la Figura 1 como las medidas de comprensión de la información acerca del trasplante mejoran sensiblemente en el grupo de intervención después de la puesta en marcha de programa psicológico y al ingreso en cámara de aislamiento. En comparación, el grupo que no recibe la intervención, ingresan con una percepción del nivel de información semejante a la inicial del otro grupo e incluso pasado un periodo

de tres meses el nivel de información del proceso no mejora mucho. El análisis estadístico muestra que existen diferencias significativas en los niveles de información entre los grupos, mostrando diferencias al ingreso a trasplante ($p \leq 0,001$) y en la evaluación posterior al mismo ($p \leq 0,002$).

b) Ansiedad y depresión moduladas por intervención psicológica

La Figura 2.a. muestra como los pacientes del grupo de intervención presentan niveles clínicos de ansiedad en su primera evaluación, antes de la intervención psicológica, mientras que al ingreso en trasplante estos niveles parecen disminuir, manteniéndose el descenso hasta la evaluación a los 100 días

Figura 1. **Percepción del nivel de información sobre TPH**

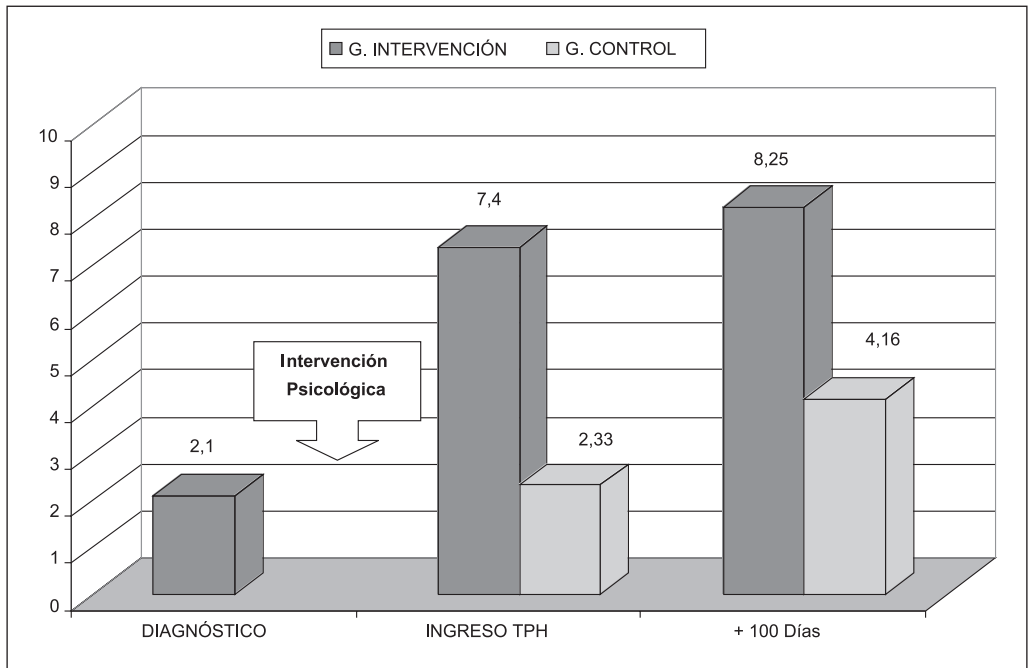


Figura 2.a.: **Niveles de Ansiedad (HAD)**

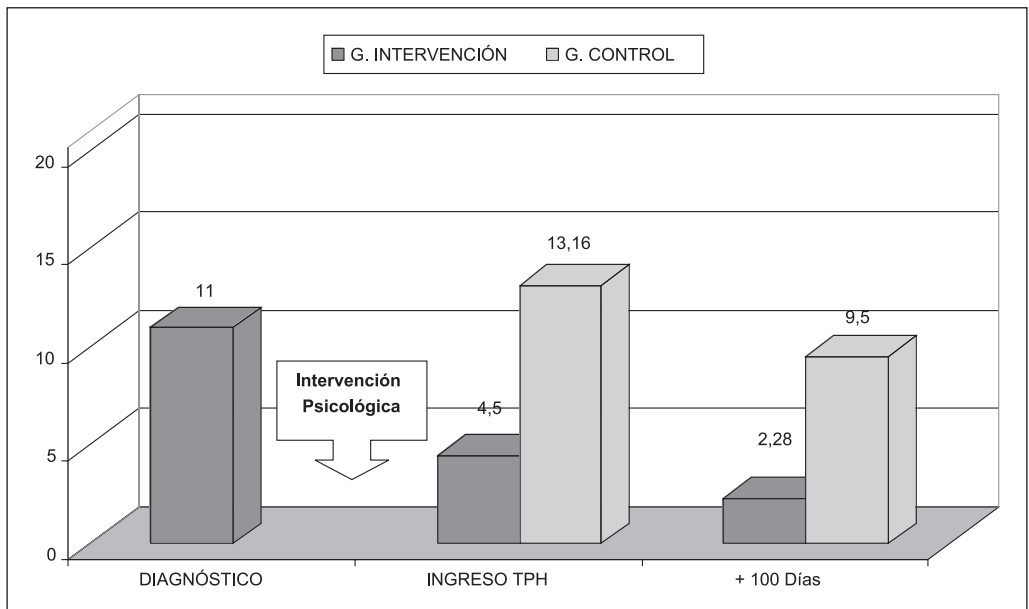
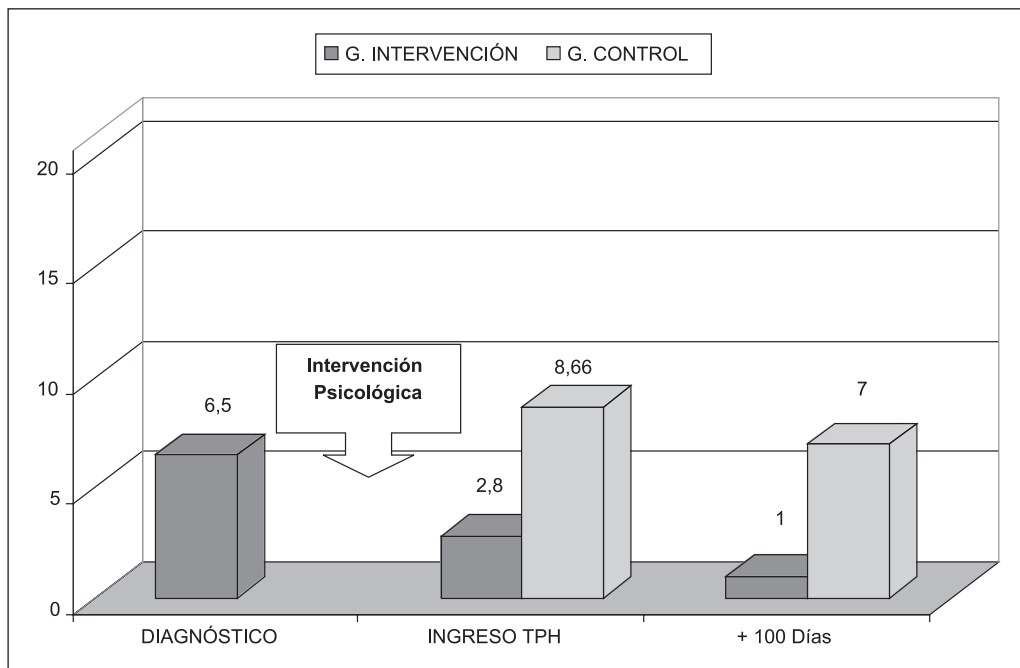


Figura 2.b.: Niveles de Depresión (HAD)



del trasplante. Los pacientes del grupo control entran en cámara de aislamiento con niveles clínicos de ansiedad, incluso más altos que los iniciales del grupo de intervención, sufriendo una mejoría menos acusada que el grupo de intervención en la evaluación posterior al trasplante. El análisis estadístico muestra que existen diferencias significativas entre los grupos en la variable de ansiedad, mostrando diferencias al ingreso a trasplante ($p \leq 0,001$) y en la evaluación posterior al mismo ($p \leq 0,003$).

Como muestra la Figura 2.b. los pacientes del grupo de intervención no presentan niveles clínicos de depresión en su primera evaluación, antes de la intervención psicológica, ni al ingreso en trasplante, manteniéndose los valores normales de depresión en la evaluación a los 100 días del trasplante. Los pacientes del grupo control entran en cámara de aislamiento con niveles subclínicos

de depresión, manteniendo dichos niveles de depresión en la evaluación posterior al trasplante. El análisis estadístico muestra que existen diferencias significativas entre los grupos en la variable de depresión, mostrando diferencias al ingreso a trasplante ($p \leq 0,010$) y en la evaluación posterior al mismo ($p \leq 0,003$).

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

Con este estudio se pretende determinar el impacto emocional del paciente candidato al trasplante de progenitores hematopoyéticos y la repercusión de un programa psicológico anterior al mismo en los niveles de ansiedad y depresión. Se demuestra la eficacia y eficiencia de la intervención psicológica con el aumento de la información y la reducción de los niveles de ansiedad y depresión, variables reconocidas por muchos como moduladoras en todo el proceso^(2,5,8).

Son muchos los autores que afirman la necesidad de una intervención psicológica para ayudar a los pacientes con cáncer a afrontar las nuevas situaciones, que no sólo son estresantes por ser desconocidas, sino, y más importante, porque ponen en riesgo la propia salud y la vida de los pacientes, como puede ser el trasplante^(8, 29).

Los datos que se presentan confirman que los pacientes que van a someterse a un trasplante de progenitores hematopoyéticos presentan, en general, mayores niveles de ansiedad que de depresión (50% de los pacientes presentan al diagnóstico puntuaciones clínicas de ansiedad frente al 20% de pacientes que presentan signos clínicos de depresión). Se confirma así el estudio de Syrjala et al⁽⁶⁾ en el que obtuvieron que el 41% de los pacientes candidatos a trasplante presentaban altos niveles de ansiedad y que el 27% de los pacientes mostraban niveles de depresión durante el tratamiento previo al trasplante.

Las respuestas de ansiedad y depresión según los resultados que se obtienen en este trabajo no se mantienen estables, al contrario de lo que concluyeron también Syrjala et al⁽⁶⁾, según los cuales estas respuestas se mantienen arraigadas a lo largo del tratamiento y del seguimiento. En este artículo se concluye que la ansiedad y la depresión mejoran a lo largo del proceso, tanto en el grupo de intervención y como en el grupo control. Así el grupo de intervención pasa de presentar valores clínicos en ansiedad (50%) y depresión (20%), en el diagnóstico, a valores normales después de la intervención, en su ingreso en trasplante, manteniéndose en el seguimiento. Mientras que el grupo control presenta síntomas clínicos de ansiedad (90%) y de depresión (33%) a su ingreso en trasplante, disminuyendo los niveles de ambas variables al 10% en

el seguimiento, a pesar de no recibir la intervención psicológica (Tabla 2).

A pesar de ello, el grupo de intervención disminuye los niveles de ansiedad y de depresión de una manera más eficaz y eficiente, tanto antes como después del trasplante, y sobre todo, se enfrentan al proceso con niveles de ansiedad y depresión que se pueden considerar más adaptativos. Por el contrario, los pacientes que no recibieron el programa psicológico muestran la disminución en los niveles de ansiedad y depresión de una forma más paulatina que el grupo de intervención, a lo largo de los primeros meses después del trasplante, que podría ser debida a la adaptación normal a cualquier proceso considerado negativo por una persona y/o a la puesta en marcha de conductas de afrontamiento más eficaces en entornos conocidos por los pacientes.

Si se toma como referencia el modelo de competencia o potenciación, que considera que las personas tienen capacidades o recursos propios para hacer frente a situaciones adversas^(30,31), se puede concluir que los pacientes poseen capacidades y auto-recursos para afrontar todo un proceso de tratamiento, como es el TPH. Es la situación de incertidumbre, provocada por el miedo, la incapacidad y la falta de control, la que provoca que la percepción de auto-recursos esté latente durante la estancia hospitalaria. Cuando se produce el alta y los pacientes vuelven a un entorno conocido pueden percibir más control e independencia, poniendo en funcionamiento auto-recursos que le permitan una buena adaptación, consiguiendo reducir los niveles de ansiedad y depresión, como ocurre con el grupo control, sin recibir una preparación psicológica. Es por ello por lo que se debe ayudar a los pacientes y a su entorno a percibir el control y a encontrar sus propios recur-

sos de afrontamiento antes de ingresar en trasplante, para poder enfrentarse al proceso con niveles de ansiedad y depresión que más adaptativos.

Se considera, al igual que Arrarás et al⁽⁸⁾, que el aumento de la información del proceso, el entrenamiento en técnicas cognitivo-conductuales, el tratamiento de estrés y la organización del tiempo ayudan a prevenir y tratar las reacciones emocionales de ansiedad y depresión de los pacientes. La información ayuda a disminuir o incluso prevenir la aparición de ansiedad y/o depresión, siendo necesario que los pacientes adquieran conocimientos sobre el trasplante, los objetivos del mismo, los posibles efectos secundarios y las posibles reacciones emocionales.

Podemos concluir como a través de una intervención psicológica especializada y adaptada al proceso de los pacientes que deben someterse a un trasplante de progenitores hematopoyéticos podemos disminuir posibles problemas como son la ansiedad y depresión. El entrenamiento en técnicas cognitivo-conductuales de tratamiento de estrés, en organización del tiempo a través de sus propios recursos y el fomento de la información, puede ayudar a prevenir y tratar las reacciones emocionales de ansiedad y depresión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carreras E, Brunet S, Ortega JJ, Monse- rray E, Sierra J, Urbano-Ispizua, A. Manual de Trasplante Hemopoyético. Barcelona: Antares, 2000.
2. Lesko LM. Hematopoietic dyscrasias. En: Holland JC, editor. *Psycho-Oncology*. Oxford: Oxford University Press, 1998; p. 406-16.
3. Hengeveld MW, Houtman RB, Zwan FE. Psychological aspects of bone marrow transplantation: a retrospective study of long-term survivors. *Bone Marrow Transplant* 1988; 3: 69-75.
4. Lesko LM, Kern J, Hawkins DR. Psychological aspects of patients in germ-free isolation: a review of child, adult and patient management literature. *Med Pediatr Oncol* 1984; 12: 43-9.
5. Holland J, Plumb M, Yates J, Harris S, Tuttolomondo A, Holmes J et al. Psychosocial response of patients with acute leukaemia to germfree environments. *Cancer* 1977; 40: 871.
6. Syrjala KL, Chapko MK, Vitaliano PP, Cummings C, Sullivan K. Recovery after allogeneic marrow transplantation: prospective study of predictors of long-term physical and psychosocial functioning. *Bone Marrow Transplant* 1993; 11: 319-27.
7. Meyers CA, Weitzner M, Byrne K, Valentine A, Champlin R, Przepiorka D. Evaluation of the neurobehavioral functioning of patients before, during and after bone marrow transplantation. *J Clin Oncol* 1994; 12: 820-6.
8. Arrarás JJ, Arias F, Arbizu P. Calidad de vida en los pacientes con trasplante de médula ósea. *Med Clin* 1998; 10(15):582-6
9. Lesko LM. Bone marrow transplantation. En: Holland J, Rolland J, editor. *Handbook of Psychooncology*. Nueva York: Oxford University Press, 1989; p. 163-73.
10. Neuser J. Personality and survival time after bone marrow transplantation. *J Psychosom Res* 1988; 32: 451-5.
11. Rodrigue JR, Boggs SR, Weiner RS, Behen JM. Mood, coping style and personality functioning among adult bone marrow transplant candidates. *Psychosomatics* 1993; 2: 159-64.
12. Andrykowski MA. Psychosocial factors in bone marrow transplantation: a review and recommendations for research. *Bone Marrow Transplant* 1994; 13: 357-75.
13. Lesko LM. Psychiatric aspects of bone marrow transplantation: special issues during pre-transplant assessment and hospitalization. *Psychooncology* 1993; 3: 161-84.

14. Estapé J, Palombo H, Hernández E, Daniels M, Estapé E, Grau JJ et al. Cancer diagnosis disclosure in a Spanish hospital. *Ann Oncol* 1992; 6: 451-4.
15. González Barón M, Poveda J. Criterio de información al paciente oncológico terminal. Seminario internacional sobre información del diagnóstico al enfermo con cáncer. Madrid: Fundación Científica de la AECC, 1992; 137-14.
16. Durá E. El dilema de informar al paciente de cáncer de mama. Valencia: Nau libres, 1990.
17. Fawzy FI. Psychosocial interventions for patients with cancer: What works and what doesn't. *Eur J Cancer* 1999; 31 (11): 1559-64.
18. Andersen B. Psychological interventions for cancer patients to enhance the quality of life. *J Cons Clin Psychol* 1992; 60: 552-68.
19. Báñez M, Blasco T, Fernández J. La inducción de sensaciones de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes de cáncer. *An Psicol*, 2003; 19: 235-46.
20. Folkman S, Greer S. Promoting psychological well-being in the face of serious illness: When theory, research and practice inform each other. *Psychooncology* 2000; 9: 11-9.
21. Moorey S, Greer S. Psychological Therapy for patients with cancer. A new approach. Londres: Heinemann Medical Book; 1989.
22. Greer S, Moorey S, Baruch JD, Watson M, Robertson BM, Mason A, et al. Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: a prospective randomised trial. *Br Med J* 1992; 304: 675-80.
23. Moorey S, Greer S, Baruch JD, Watson M, Robertson BM, Mason A, et al. Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: outcome at one year. *Psychooncology*, 1994; 3: 39-46.
24. Cruzado JA, Olivares ME. Intervención psicológica en pacientes de cáncer. En: Buceta JM, Bueno AM, Bas B, editores. Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades. Madrid: Pirámide, 2000. p. 341-402.
25. Romero R, Ibáñez E, Monsalve V. La Terapia Psicológica Adyuvante en enfermas con cáncer de mama: un estudio preliminar. En: Gil F, editor. Manual de Psico-Oncología. Madrid: Nova Sidonia Oncología; 2000. p. 15-37.
26. Arranz P, Coca C. Intervención psicológica en un servicio de Hematología. En: Remor, E., Arranz, P. y Ulla, C., editores. El psicólogo en el ámbito hospitalario. Bilbao: Desclée De Brouwer.2003; p. 641-78.
27. López-Roig S, Terol MC, Pastor MA, Neipp MC, Massutí B. Ansiedad y depresión. Validación de la escala HAD en pacientes oncológicos. *Rev de Psicol Salud* 2000; 12 (2): 127-55.
28. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiat. Scand*, 1983;76:361-70,
29. Wolcott D, Wellisch D, Fawzy F, Landsverk J. Adaptation of adult bone marrow transplant recipient long-term survivors. *Transplantation* 1986; 4: 478-83.
30. Albee GW. A Competency Model to Replace the Defect Model. En: Gibbs MS, Lachenmeyer JR, Sigal J, editors, Community Psychology. New York: Gardner Press 1980: 213-38.
31. Costa M, López E. Aportaciones de la ciencia del comportamiento en un servicio nacional de salud. *Pap Psicol* 1983; 9: 11-21.

