

Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales  
Especialización en Psico-Oncología

Caracterización de las reacciones emocionales frente al trasplante de  
médula ósea e intervenciones psico-oncológicas posibles.

Un estudio de caso

**Autor:** Lic. María Lis Zanin

**Tutor:** Lic. Graciela Cuello

**Directora:** Dra. María Bosnic

Buenos Aires

2011.

## **INDICE**

Introducción.....	3
Desarrollo	
1: Antecedentes del Tema.....	7
2: Introducción al Trasplante de Médula Ósea.....	9
3: Reacciones emocionales e Intervenciones psico-oncológicas en las etapas del Trasplante de médula ósea.....	11
3.1 Primera etapa. El pre-trasplante.....	12
3.2 Segunda etapa. El trasplante de médula ósea.....	23
3.3 Tercera etapa. La vuelta a casa.....	28
4: Planteo de problemas .....	31
5: Objetivos	
5.1 Generales.....	32
5.2 Específico.....	32
6: Presentación del caso Benjamín.....	33
7: Aspectos Metodológicos.....	35
8: Descripción del caso Benjamín.....	35
9: Análisis del Caso.....	38
Conclusión.....	51
Bibliografía.....	56

## **Introducción**

El presente Trabajo Integrativo Final es requisito para la acreditación de la Especialización en Psico-Oncología que se dicta en la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales.

El tema elegido son las reacciones emocionales en un paciente oncológico frente al trasplante de médula ósea e intervenciones psico-oncológicas posibles.

El trasplante de médula ósea es un procedimiento médico, que se utiliza para reemplazar la médula ósea. Desde la pasada década se está realizando con buenos resultados en pacientes con diversas enfermedades oncológicas y hematológicas. En algunos casos ha ayudado a aumentar la tasa de supervivencia y de curación, sin embargo todavía está asociada a un riesgo de morbilidad y mortalidad, como así también a un largo periodo de convalecencia y aislamiento social.

Es un proceso terapéutico que consta de varias etapas, cada una de estas plantea diversas intervenciones médicas que producen un profundo impacto en el psiquismo del paciente, generando un estrés de considerable magnitud, que puede afectar su calidad de vida y su supervivencia. Paralelamente a estas etapas médicas se producen efectos psicosociales, que deben ser tenidos en cuenta por el equipo tratante.

Las reacciones emocionales implicadas son diversas y dependerán de la etapa del trasplante en la que se encuentre el paciente.

La primera de ellas, el pre-trasplante, se caracteriza por reacciones de ansiedad, enojo, tristeza, miedos asociados al dolor, sufrimiento y muerte, todo ello relacionado con el diagnóstico de cáncer, el cual produce un impacto catastrófico en las vidas de los pacientes y sus familias.

La segunda, de aislamiento, constituye el momento en que se realiza el trasplante propiamente dicho, y se caracteriza por reacciones de angustia. Es oportuno decir, que el cáncer y sus tratamientos alteran todos los aspectos de la realidad cotidiana del paciente y su entorno, creando estrés y la necesidad de implementar estrategias que permitan hacer frente a las múltiples demandas que la situación de enfermedad produce.

Y por último, la tercera etapa, la vuelta al hogar, que se caracteriza por reacciones de ambivalencia, debido a que es un “momento esperado, deseado y anticipado que hace que el enfermo se sienta alegre y contento, también puede hacer que experimente miedo y ansiedad al tomar conciencia que ya no dispondrá de la vigilancia del equipo sanitario”. (Die Trill, 2003, p 301).

Por otra parte, se subraya la importancia de la intervención psico-oncológica, la cuál “se modificará en función de las necesidades que el paciente demande y en la fase en la que se encuentre, por lo que los objetivos serán diferentes en cada fase” (Bellver y Moreno, 2009, p. 74).

En la primera etapa las intervenciones se dirigen a lo psico-educativo, debido a que es el momento en que el paciente y su familia reciben información sobre el diagnóstico y el tratamiento. Frente a ello se producen ciertos bloqueos y dificultades para comprender y asimilar lo que se les está comunicando, por el carácter negativo de dicha información.

En la segunda etapa, la intervención se dirige a acompañar al paciente durante la internación, respetando sus tiempos, mostrando disponibilidad y empatía, cuando así él lo demande, debido a que es un periodo caracterizado, entre otras cosas, por una disminución del nivel de vitalidad. Es en este momento en que el paciente despliega las estrategias de afrontamiento para resistir el periodo de aislamiento y el estrés que ello genera.

Por último, la tercera etapa, se caracteriza por el alta hospitalaria, donde el paciente retorna a su hogar para iniciar su recuperación y reincorporación a su vida gradualmente. Es por ello que la intervención se plantea en relación al apoyo emocional y social del paciente, lo cual lo ayudará a transitar este periodo.

En síntesis, el diagnóstico de cáncer impacta en cada ser humano de manera similar, sin embargo dependerá de cada uno la forma de hacerle frente, poniendo en marcha mecanismos de defensa a fin de lograr la adaptación a la enfermedad.

Para ilustrar lo planteado anteriormente, se realiza el presente estudio de caso, en el que se analiza a Benjamín, paciente con diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda, quién tiene que someterse a un trasplante de médula ósea y en el que se observan las reacciones emocionales y las intervenciones del psico-oncólogo durante el procedimiento. Benjamín es un paciente de consultorio privado, asistido por la autora de este escrito y con el que se trabajó desde el momento del diagnóstico.

La finalidad de este trabajo es ilustrar las reacciones emocionales que produce el trasplante de médula ósea, el cual más allá que se considere un procedimiento invasivo es una alternativa terapéutica eficaz para muchos pacientes. Además se exponen las intervenciones psico-oncológicas que pueden ayudar a transitar dicho procedimiento de la mejor manera posible, para lograr la adaptación psicológica del paciente.

Para el marco teórico del presente trabajo se consultaron distintas fuentes bibliográficas, a saber: material de cátedra, libros, informes científicos y recursos electrónicos, siendo este último el más consultado, debido a la información actualizada que allí se encuentra sobre el tema.

El estudio de caso está organizado en capítulos para su mejor comprensión. En el primero, se establecen los antecedentes del tema a estudiar. En el segundo, se desarrolla todo lo referido al trasplante de médula ósea, es decir, aquellos aspectos médicos que posibilitan la observación y comprensión de las variables que se analizan. En el tercero, se abordan las reacciones emocionales y las intervenciones psico-oncológicas posibles, en cada una de las etapas del trasplante. En el cuarto, se plantea el problema, el cual constituye el interrogante central del estudio. En el quinto, se exponen los objetivos, tanto generales como específicos. En el sexto, se realiza la presentación de la unidad de análisis elegida. En el séptimo, se explican los aspectos metodológicos que guían este trabajo. En el octavo, se describe todo lo relacionado a la enfermedad de Benjamín y al tratamiento psicoterapéutico efectuado. En el noveno, se realiza el análisis del caso, con la correspondiente articulación teórica. Finalmente, se exponen las conclusiones y se presenta la bibliografía utilizada.

## **Desarrollo**

### **1: Antecedentes del Tema**

El presente trabajo se aborda desde el marco de la Psicología Cognitiva, como así también de diversos autores pertenecientes a la Psico-Oncología, en carácter integrador.

Cabe aclarar que en la bibliografía revisada se encontraron pocos estudios actualizados que se relacionen con las reacciones emocionales y las intervenciones psico-oncológicas en el trasplante de médula ósea. A continuación se presentan los estudios que fueron relevantes para el análisis del caso.

De Linares, S., Moratalla, A., Romero, A., De Pablos, J. M., López, P., Navarro, P., Almagro, M., y Jurado, M. (2007) realizaron un estudio titulado Información, Ansiedad y Depresión en Pacientes Sometidos a Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos (TPH) en un Estudio de Intervención Psicológica.

Allí se evalúan los niveles de ansiedad y depresión antes del trasplante, en pacientes que reciben intervención psicológica y se los compara con un grupo control, que no recibe dicha intervención. La conclusión a la que se llega es que los pacientes que reciben intervención psicológica obtienen niveles menores de ansiedad y depresión, al obtener un nivel de información más elevado que el grupo control.

Arranz, P., Coca, C., Bayés, R., del Rincón, C., y Hernández-Navarro, F. (s. f.) presentan un Programa de Intervención Psico-educativa para ayudar a personas que tienen que afrontar un Trasplante de Médula Ósea. La misma se lleva a cabo en el Servicio de Hematología y Hemoterapia del Hospital Universitario La Paz de Madrid. Participan 450 pacientes y familiares. Concretamente, la propuesta psico-educativa que se utiliza se divide en 4 módulos: educación para la salud; habilidades de afrontamiento; manejo del estrés y prevención de respuestas y manejo de dificultades específicas.

Bellver, A., y Moreno, P. (2009) también describen un Programa de Evaluación e Intervención Psicológica que favorece la adaptación del paciente. Esta intervención incluye: grupos psico-educativos; counselling; grupos ayuda mutua y terapia cognitivo-conductual. Estos autores proponen la necesidad de programas de evaluación y de intervención que engloben tratamientos psicológicos con componentes efectivos en la terapia del paciente con cáncer, tales como: el entrenamiento en relajación o imaginación guiada, la información sobre la enfermedad y los tratamientos, la existencia de un contexto que ofrezca apoyo emocional, la implementación de estrategias de afrontamiento conductuales y cognitivas, la presencia de intervenciones focalizadas en problemas específicos de la enfermedad y finalmente destacan la importancia del apoyo social.



## **2: Introducción al Trasplante de Médula Ósea**

La leucemia es una enfermedad que se origina en la médula ósea, produciendo cantidades excesivas de glóbulos blancos inmaduros que entran al torrente sanguíneo.

Existen varios tipos de leucemia, leucemia mieloide o linfoide, agudas o crónicas, dependiendo de la célula afectada, éstas a su vez se subdividen.

Uno de estos tipos, es la leucemia linfoblástica aguda. Según el Instituto Nacional del Cáncer (s.f.) se trata de un cáncer que afecta a los glóbulos blancos y que además se caracteriza por tener una evolución rápida, generando glóbulos anormales. Uno de los tratamientos indicados para esta enfermedad oncológica es el trasplante de médula ósea.

En principio, se indican altas dosis de quimioterapia y/o radioterapia. Y posteriormente se efectúa el trasplante, el cual se basa en la infusión endovenosa de células, en un paciente que previamente fue condicionado para ello.

Es importante aclarar que este procedimiento se realiza también en otras enfermedades oncológicas tales como linfomas, carcinomas de ovario y mama, entre otras; como así también en enfermedades no oncológicas, como el síndrome degenerativo de médula ósea.

Existen dos tipos de trasplante de médula ósea:

*1- Trasplante Autólogo o autotrasplante:* es un procedimiento en el que se extrae médula ósea del propio paciente, se almacena, se realiza tratamiento intensivo de quimioterapia y posteriormente se reinyecta al paciente. Como afirma la Dra. Vidal y Benito (2008) “no existe donante ya que se realiza con las propias células del enfermo y, en este sentido, se trata más bien de un injerto de tejido” (p. 86).

2- *Trasplante Alogénico*: procedimiento mediante el cual una persona recibe células madre provenientes de un familiar directo (dador relacionado), o de una persona con la que no tiene ninguna relación de parentesco (donantes no relacionados). En los trasplantes no relacionados se infunde sangre periférica de otra persona o recolectada del cordón umbilical de bebés recién nacidos.

En este trasplante el protocolo determina que la búsqueda se inicia con los hermanos/as, si los hubiera, o a través de bancos internacionales de médula ósea, en los que se solicitan estudios de histocompatibilidad. En el caso de encontrar una compatibilidad familiar, esta será la primera opción a tomar en cuenta.

En definitiva, el estudio de histocompatibilidad es el que determina si el trasplante puede realizarse. En este momento es que puede surgir el riesgo del rechazo del injerto contra los tejidos del huésped, el cual ocurre cuando los glóbulos blancos del donante (injerto) identifican las células en el cuerpo del paciente (el huésped) como extrañas y las atacan.

A manera de cierre de este capítulo es pertinente decir que se considera al trasplante de médula ósea como

“un procedimiento médico complejo que está asociado con un alto riesgo de muerte. Representa un profundo impacto en el estado físico y psicológico del paciente 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” (Bellver y otros, 2009, p. 66-67).

### **3: Reacciones emocionales e Intervenciones psico-oncológicas en las etapas del Trasplante de médula ósea**

El trasplante de médula ósea trae aparejado una serie de reacciones emocionales en el paciente oncológico, compatibles con las circunstancias que está atravesando. Este tratamiento produce un profundo impacto, que se caracteriza por “una sucesión de emociones, angustia, miedo, incredulidad, confusión, ansiedad y en la mayoría de los casos temor a la muerte, estas emociones varían y se suceden en las distintas fases de ajuste psicológico que constituye el proceso adaptativo del paciente” (Bellver y otros, 2009, p. 66-67).

Como consecuencia de ello se considera de suma importancia el trabajo integral e interdisciplinar. En términos ideales se inicia desde el diagnóstico médico, donde las intervenciones del psico-oncólogo apuntan a “disminuir el sufrimiento, amortiguar el impacto emocional, facilitar el proceso de adaptación del enfermo y su familia, e identificar y desarrollar sus propios recursos para afrontar las dificultades asociadas a la nueva situación (Arranz Carrillo, Ulla Diaz y Coca Pereyra)” (Die Trill, 2003, p. 226).

A continuación se presenta un recorrido, en el que se describen tres etapas del trasplante de médula ósea, siguiendo el modelo que plantea la Dra. Vidal y Benito (2008), a saber **“1. El pre-trasplante: El momento de la decisión. 2. El trasplante: La espera. 3. El alta de la unidad de trasplante de médula ósea: La vuelta a casa”**. (p. 88). En cada una de ellas, se puntualizan aspectos médicos significativos, como así también se enfatizan aspectos psicológicos que se despliegan paralelamente en dichas etapas.

### **3.1 Primera Etapa. El pre-trasplante**

La primera etapa se inicia con el diagnóstico de la enfermedad oncológica, que en general se encuentra asociada a un estigma social de incurabilidad. Frente al impacto del diagnóstico, por ser tan difícil de asimilar, aparecen reacciones emocionales en el paciente, como por ejemplo el temor por la propia existencia que se ve amenazada. Es sabido que muchas otras enfermedades revisten igual o mayor riesgo para la vida, sin embargo en el imaginario social se considera al cáncer como sinónimo de muerte.

Frente a un protocolo de tratamiento complejo, el paciente se ve obligado a un proceso de rápida adaptación a la nueva situación que le toca vivir. En este contexto la reacción emocional predominante es la ansiedad, la cual podría definirse como “una manifestación emocional en que la persona se siente y se describe como inquieto, nervioso, tenso, atemorizado o excesivamente preocupado por temas concretos o incluso indefinidos (Meseguer Hernández)” (Die Trill, 2003, p. 337-338).

Una de las reacciones más comunes en el paciente es la incertidumbre, que se manifiesta en todo el tratamiento. Incertidumbre que incide en su capacidad para anticipar sucesos. Al ser difícil predecir su curso, dicha situación imprime un fuerte impacto psicológico en el paciente y sus familiares.

A estas reacciones esperables se agrega un factor estresante a considerar, ya que el trasplante de médula ósea, como así también otros tratamientos oncológicos, se realizan en instituciones de alta complejidad, es decir que los pacientes que deben someterse al mismo tienen que trasladarse a las grandes ciudades, lo cual ocasiona desestructuración familiar, pérdida de trabajo o estudio, cambio de hábitos, cambio cultural, dificultad económica, entre otros. Todos factores estresantes que deben ser tenidos en cuenta, ya que el paciente necesita una gran resistencia emocional para sobrellevar el conjunto de problemas que pueden suscitarse.

Esta etapa es crucial para el paciente y su familia, ya que reciben información compleja acerca del procedimiento, lo que luego llevará a la aceptación del diagnóstico y el tratamiento correspondiente.

Es necesario detenerse aquí para puntualizar características relevantes al momento de informar, ya que las palabras del médico generan un fuerte impacto en el paciente ocasionando “una reducción en la capacidad del procesamiento de la información, puesto que se están comunicando noticias negativas, en ocasiones se produce un bloqueo, y existen dificultades de asimilación y comprensión” (Bellver y otros, 2009, p. 68). Tal es así que “un tercio de los pacientes son incapaces de repetir su diagnóstico minutos después de saberlo, y la mitad no entienden detalles importantes acerca de su enfermedad o tratamiento” (Bellver y otros, 2009, p. 68)

Según plantea María Mucci (2004) en su libro *Psicoprofilaxis Quirúrgica. Una práctica en Convergencia Interdisciplinaria*, se puede reflexionar acerca de una serie de interrogantes, que bien pueden ser de gran utilidad en el proceso de comunicación de la información, ellos son:

- *¿Porqué Informar?*

Primero y principal porque es un derecho del paciente. El médico tratante debe proporcionar información sobre el tratamiento médico. Al tenerla, el paciente puede entender lo que está sucediendo y lo que va a suceder y, luego elegir qué hacer al respecto. En palabras de Vidal y Benito (2008) “al conocer el diagnóstico y por lo tanto al reducirse la incertidumbre, el paciente estará en mejores condiciones de desarrollar estrategias adaptativas útiles, permitiéndole decidir algunos aspectos importantes de su situación” (p. 188).

- *¿Qué informar?*

El médico debe informar teniendo en cuenta las necesidades del paciente, respetando qué quiere saber. Como afirma Alves de Lima (2003) “se trata de definir a que nivel quiere saber qué es lo que está pasando (...) Existe discordancia entre lo que el médico quiere decir y lo que el paciente quiere saber” (p. 174). En palabras de Mucci (2004) “la información debería ser

expuesta con claridad y veracidad; en forma sencilla, progresiva y de contenido preciso. El conocimiento de la situación, disminuye la ansiedad y la angustia y facilita la decisión del paciente” (p. 174).

Más allá de que no exista una forma justa o correcta de informar, es necesario que el médico tenga presente, que no es preciso utilizar un lenguaje técnico, ya que con ello, lo único que consigue es obturar los interrogantes del paciente.

Además, es importante tener en cuenta las características físicas y psicológicas del paciente, con el objetivo de ayudarlo a afrontar mejor su situación. De lo contrario puede producirse lo que Mardarás Platas (1980) denomina *Ansiedad Confusional* definida como “la amenaza de desintegrarse por no entender lo que ocurre dentro y fuera de uno, por no encontrar la reacción o respuesta adecuada” (p.51). Esta se manifiesta a través de la confusión, indecisión e incertidumbre, o también cuando no se conforma con las explicaciones proporcionadas por el equipo tratante y vuelve a preguntar.

- *¿Cuánto informar?*

El acto de informar se realiza en forma paulatina, como bien dice Gómez Sancho (2004) “la información al paciente es un proceso dinámico, que si se hace bien, es terapéutico y que el criterio que debe seguirse es el de verdad soportable, es decir aquella información cierta que pueda asumir y aceptar el paciente” (p. 9).

Además es importante que el profesional a cargo, tenga presente que la comunicación es un proceso que puede repetirse en reiteradas ocasiones, sin que el mismo lo tenga que vivir como fastidio hacia su persona. En palabras de Mucci (2004) “el paciente necesita respuestas a sus preguntas, incluso cuando éstas sean vividas por parte del médico como hostigamiento. A partir de allí, el paciente recuerda, piensa, fantasea, especula y espera” (p.171).

El psiquismo del paciente necesita tiempo para asimilar e incorporar información nueva y compleja, como lo es en este caso el trasplante de médula ósea. Esta forma de comunicar, resulta imprescindible para el conocimiento médico.

- *¿Qué quiere saber el paciente?*

La última pregunta orientadora, no menos importante es, qué quiere saber el paciente de todo esto, es él quién decide hasta donde quiere saber y esto debe ser respetado, por ello hablamos de un proceso activo, gradual, dinámico, en el que ambos participen, dando de esta manera un cierto control al paciente sobre su situación.

Por lo tanto para que esto pueda suceder el médico debería evitar dar demasiada información en un primer encuentro, como así también debería escuchar al paciente. En palabras de Mucci (2004) “la capacidad de comunicación aumenta si escuchamos. No interrumpir al enfermo le abre un espacio para ordenar sus ideas, miedos y sentimientos. No escuchar conduce a hablar de cuestiones que el paciente no desea oír” (p.177).

Cabe recordar, como se planteó anteriormente, la importancia del tiempo psíquico que necesita el paciente. No sirve el bombardeo de información, tampoco el ocultamiento, “el mensaje debe ser firme, pero a la vez con un delicado equilibrio entre prudencia y esperanza”. (Alves de Lima, 2003, p. 220).

Preguntarle qué quiere saber resultará adecuado, tal es así que si necesita preguntar algo más puede hacerlo. Por ejemplo existen algunos pacientes que necesitan obtener la mayor información posible, mientras otros prefieren lo mínimo e indispensable y otros, quizás, no quieran saber nada frente a ello será necesario dejar la puerta abierta para otra ocasión.

Para esto último es importante considerar que gran parte de la decodificación de información dependerá del estilo de afrontamiento del paciente. Si se tiene en cuenta que el afrontamiento es la capacidad de una persona para adaptarse a los cambios del entorno, los estilos serán según Greer & Watson (1987) los patrones de sentimientos, pensamientos y conductas que desarrolle el paciente frente a la enfermedad.

Entre los estilos de afrontamiento estos autores plantean los siguientes, espíritu de lucha; evitación (negación); fatalismo (aceptación estoica); preocupación ansiosa e impotencia (desesperanza). Sin entrar en detalle se plantea que en relación a la información recibida, el paciente puede responder desde un espíritu de lucha en el que acepta el diagnóstico con una actitud optimista y un espíritu de desafío frente a la enfermedad, participando activamente en las decisiones de su tratamiento.

Diferente es el caso en que obvia el tema, no pregunta y evita hablar de su enfermedad. Es así que en un primer momento esta negación resulta funcional, y preserva el estado emocional del paciente. Estos estilos se acentuarán y cambiarán según la etapa (de diagnóstico, de tratamiento, de recidiva o terminal) en la que se encuentre el paciente. De esta manera lo que pudo ser efectivo en un momento, puede no serlo en otro.

Resulta pertinente para, finalizar el tema de las características de la comunicación, referirse a la relación médico – paciente, la cual se fundamenta en un vínculo de confianza y confidencialidad. “No hay duda de que una buena comunicación médico-paciente establece, incrementa o consolida una buena adhesión terapéutica a los tratamientos” (Barbero, Barreto, Arranz, y Bayés, 2005, p. 16).



Como se mencionó anteriormente, esta primera etapa se caracteriza por la comunicación de la información médica, la cual se refiere a características específicas del futuro tratamiento, a saber ambiente hospitalario; aislamiento; complicaciones posibles durante y luego del tratamiento; consentimiento informado; participación e intervención del donante; recolección del material y colocación del catéter.

Entre los puntos importantes de esta información está el anunciar acerca del aislamiento como régimen condicionante para el trasplante, tema que se profundiza en la segunda etapa. Como así también, el consentimiento informado del paciente que implica el ejercicio de su libertad y autonomía, en otras palabras “el paciente es responsable de asumir la decisión. Sin información, la autonomía es impracticable” (Mucci. 2004, p. 169).

Es en esta instancia en que se firma dicho documento, en el que están explicitados todas las complicaciones y los riesgos. Este momento, como sostienen Bellver y otros (2009) “produce un gran potencial de estrés, ya que el paciente debe decidir someterse a un procedimiento que causa una importante morbilidad y mortalidad” (p.68). Por consiguiente, asumiendo las consecuencias de dicha práctica, ofrece su consentimiento; sin este último el trasplante no puede llevarse a cabo. En definitiva, aparece la muerte como una presencia irrefutable, por lo cual esta es una etapa de profundos temores e incertidumbres reunidos en la posibilidad de una cura.

A raíz de lo mencionado anteriormente, es decir lo que va atravesando el paciente en relación a la enfermedad y las necesidades que se le plantean, resulta de especial importancia promover una intervención interdisciplinaria dirigida al paciente, su familia y el equipo tratante. El objetivo de la intervención psicológica 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” (Arranz, Coca, Bayés, del Rincón, y Hernández-Navarro, s.f., p.94).

Esta primera etapa del trasplante se caracteriza, principalmente, por la información médica y el impacto que ocasiona recibir el diagnóstico oncológico, frente a ello, el trabajo del psico-oncólogo consiste en intervenciones psico-educativas, con el propósito de “reducir el sentimiento de impotencia e insuficiencia debido a la incertidumbre y a la falta de conocimiento” (Fawzy y Fawzy, 1998, p. 1).

Por consiguiente, apunta a la resolución de problemas y a la toma de decisiones. En palabras de Vidal y Benito (2008) incluye los siguientes aspectos “clarificación de información médica, explicación para el autoconocimiento de las reacciones emocionales esperables y el análisis de las dudas que posteriormente se aclararán con el médico tratante” (p.192).

Como se explicó en apartados anteriores, la información es una parte fundamental del proceso comunicativo. El médico es la persona responsable de informar el diagnóstico y tratamiento al paciente, siendo que se comunican noticias de carácter negativas y de difícil asimilación, produciéndose en ocasiones, bloqueos en la comprensión. Desde la intervención psico-educativa lo que se busca es que el psico-oncólogo ayude al paciente a procesar la información.

Es por ello que se trabaja con la información que tiene el paciente sobre su enfermedad, es decir qué sabe de la leucemia, del trasplante, de las etapas, del donante; qué quiere saber; qué dijo el médico; qué entendió de lo que dijo el médico; etc. Todos estos interrogantes dan una pauta del significado que tiene la enfermedad en el paciente, al considerarla “como una amenaza, daño o pérdida o como un desafío y ponga en marcha estrategias de afrontamiento que orienten a resolver el problema, amortiguar la angustia o a modificar dicha valoración” (Vidal y Benito. 2008, p.181-182).

La intervención psico-educativa apunta a que el paciente reciba información de su médico, formule sus preguntas, clarifique la información errónea que posea, haciéndose partícipe de esta situación, intentando tener control sobre el tratamiento, reemplazando de esta manera la desinformación

que genera impotencia y en algunas circunstancias puede ser paralizante. La psico-educación además de contemplar el nivel de comprensión del diagnóstico y tratamiento, también apunta a potenciar su capacidad para enfrentar la situación y sus aspectos emocionales.

Es frecuente que el paciente tenga conocimientos erróneos acerca del trasplante de médula ósea, debido a que la palabra trasplante se suele asociar con quirófano y con trasplante de órganos. Por ello es importante trabajar con el paciente sus inquietudes e interrogantes, con qué y cómo comprendió lo que dijo el médico y con lo que eso generó, por ejemplo: miedos, incertidumbre, fantasías. El esclarecimiento de lo que va a ocurrir en contraposición a lo que el paciente cree y/o imagina que va a ocurrir, permite enfrentar el tratamiento con niveles de angustia tolerables.

Por otra parte, el trabajo del psico-oncólogo se complementa con la comunicación con el equipo médico tratante, personal de enfermería y otros especialistas implicados en el cuidado del paciente. Se trata de realizar un trabajo integral e interdisciplinar, en donde cada disciplina co-accionando contribuya desde su formación a la comprensión y posterior resolución del problema.

Debido a que una sola disciplina no podría trabajar de forma aislada con un paciente oncológico, el trabajo en equipo es fundamental. Como lo afirma González Billalabeitia “se basa en la creación de dinámicas en la que los diferentes integrantes del equipo, partiendo de la misma información, trabajan juntos en la integración de conocimientos que cada profesional aporta para un objetivo en común” (Die Trill, 2003, p. 709).

El psico-oncólogo, por su parte, debe recabar información acerca de la enfermedad, del trasplante de médula ósea y sus etapas, de las consecuencias de este procedimiento, para luego trabajar con el paciente.

El objetivo de la intervención psico-educativa es “facilitar al paciente la información adecuada y completa que le ayude a reducir la ansiedad generada por la incertidumbre, así como aumentar los recursos de afrontamiento y los relacionados con la relación médico-paciente” (Pérez Álvarez, Fernández Hermida, Fernández Rodríguez y Vázquez. 2006, p.61).

Otro punto a destacar en este recorrido es la participación e intervención del donante de médula ósea. Como se expresó anteriormente, el protocolo determina que la búsqueda se inicia con los hermanos/as, si los hubiera, o a través de bancos internacionales de médula ósea, donde se solicitan estudios de histocompatibilidad. En el caso de encontrar una compatibilidad familiar, esta será la primera opción a tomar en cuenta para proporcionar médula necesaria al trasplante. Este momento puede generar en el paciente una marcada angustia, debido a la incertidumbre que le produce en la espera de los resultados. Luego de ello se recolecta el material para el trasplante.

En relación a la intervención del donante no debe perderse de vista su participación y lo que esto genera. El donante hermano se siente responsable ante esta situación, se ve moralmente obligado a hacerlo, ya que su negativa implicaría un gran costo tanto emocional como familiar. En otras palabras, lo que siente es, que la vida del hermano depende de él. Al donante se le juegan diversos aspectos emocionales, como pueden ser: satisfacción en la donación, miedos, culpa y responsabilidad. Frente a esto, es importante que el donante sea considerado en todo el proceso del trasplante, para aliviar su estrés durante el mismo, razón por la cual la evaluación e intervención psico-oncológica aquí también es importante.

Una vez que el donante acepta, se procede a la recolección del material. La extracción de médula ósea se realiza en quirófano con anestesia. La misma se almacena para infundirla posteriormente.

Por otra parte, en el paciente se desarrollan fantasías relacionadas con el donante y con el procedimiento en sí, fantasías que en ocasiones generan ansiedad, otro de los motivos de ansiedad característicos de esta etapa, como se mencionó en un comienzo. Cabe destacar que también se encuentra la fantasía de que la médula nueva no prenda (rechazo del injerto contra los tejidos del huésped), esto más que fantasía, puede tornarse una realidad.

En esta primera etapa, también se realiza la colocación del catéter, que consiste en un tubo delgado y flexible que se inserta quirúrgicamente en una de las grandes venas que llegan al corazón. Este catéter venoso central tiene varias funciones, por un lado se utiliza para extraer sangre para los análisis, por otro para administrar medicamentos y llegado el momento del trasplante, las células de reposición se administran a través de esta vía central. Es importante aclarar que ésta es la única situación quirúrgica por la que atraviesa el paciente.

Teniendo presente todo lo que sucede en esta primera etapa del trasplante de médula ósea, es aconsejable iniciar el trabajo con la familia. Frente a este tratamiento, los acompañantes y cuidadores (en la mayoría de las veces familiares directos) sufren, al igual que los pacientes, de cansancio físico y emocional intensos.

En ocasiones el proceso del trasplante “genera ruptura en la dinámica familiar, alterándola de forma brusca causando descompensación en el status económico, cambio de roles, búsqueda de centros de tratamiento (la mayoría de las veces, distante de su ciudad de origen), así como situaciones generadoras de estrés” (Matsubara, Carvalho, Canini, y Sawada, 2007, p. 160). Esto último es importante ya que la migración es un factor que influirá en el paciente, y puede ser una variable que influya poderosamente en su proceso adaptativo.

El trabajo con el grupo familiar, es un abordaje a considerar, en el que puede resultar valioso conocer quienes son, como se presentan, con qué información cuentan, qué lugar ocupa el paciente en la trama familiar, quién es el interlocutor designado para ser vocero de la familia frente al equipo tratante, su modalidad para enfrentarse a crisis en el pasado, el estilo de afrontamiento de la familia y su adaptación a esta situación, dado que son variables que repercuten directamente sobre el estado de ánimo del paciente.

La familia constituye el aporte más importante a la red de apoyo psicosocial del paciente y es uno de los factores que mejora su soporte durante todo el proceso. Las relaciones familiares son determinantes para la recuperación psicológica y emocional del paciente.

Para finalizar esta etapa, se identifican estrategias de afrontamiento, que implican los esfuerzos tanto cognitivos como conductuales que empleará el paciente para controlar las situaciones que le generen estrés, y lo ayudarán a resistir, el aislamiento, etapa que se desarrolla a continuación.

### **3.2 Segunda Etapa. El trasplante de médula ósea**

Como se explicaba en el capítulo anterior, la etapa que sigue a continuación es el aislamiento, como régimen condicionante. Dicho aislamiento suele durar entre 3 y 5 semanas, dependiendo del tipo de trasplante y de las complicaciones que puedan surgir.

Esta internación es muy diferente a otras, ya que como consecuencia de la complejidad del trasplante de médula, el paciente y el familiar que acompañe, necesitan recibir cuidados especiales en cuanto a pautas de higiene y uso de vestimentas adecuadas. El paciente puede estar acompañado por una o dos personas (dependiendo de la Institución) dentro de la habitación, en lo posible que sean siempre las mismas. De ahí que ésta situación se considere de gran vulnerabilidad psicológica, siendo un momento donde las necesidades de compañía y contacto físico son más relevantes que nunca.

El encuadre en psico-oncología, si bien es estable, debe ser flexible para contemplar el lugar (consultorio, domicilio, institución); el horario, los días, la duración de los encuentros, la frecuencia, entre otros. Es importante pautar esto de antemano con el paciente, como así también establecer un sistema de comunicación, ya sea a través del teléfono particular del terapeuta, como también el uso de correo electrónico, dada la tecnología de la época, que permita ubicar al terapeuta en otros horarios, cuando lo considere necesario. “Para el paciente es de gran ayuda saber que tiene ese número, y lo puede usar si así lo desea, aunque no lo marque nunca” (Bosnic, 1999, p. 50).

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, la intervención psico-oncológica se desarrollará durante el aislamiento, en la institución en la que se encuentre el paciente internado.

Este procedimiento se acompaña de un calendario específico, comienza con los días negativos en los que se suministran altas dosis de quimioterapia con o sin radiación corporal total, con el objetivo de eliminar las células neoplásicas. Es importante decir que estos procedimientos también eliminan

otras células, como ser las del cabello, la piel, el tracto gastrointestinal y los órganos reproductores, de ahí los efectos colaterales que surgen como ser: “náuseas y vómitos; diarreas; pérdida temporal del cabello (*alopecia*); fatiga; pérdida del apetito; ampollas en la boca; reacciones en la piel” (Fundación Médula Ósea, s.f., p.21). De esto se desprende que el miedo fundamental en esta etapa se deba a las consecuencias de las altas dosis de estos tratamientos, como así también a la medicación de alto potencial.

Luego de las altas dosis de quimioterapia con o sin radiación, el siguiente período corresponde al día cero, también llamado proceso de rescate, es decir el día en que se infunde la médula preservada, a través del catéter venoso central. La Dra. Vidal y Benito (2008) sostiene que “se movilizan todas las angustias de muerte en el paciente, que surgen del deseo de realizar el trasplante y al mismo tiempo temer a no poder tolerarlo y morir. Cuando es alogénico la angustia es más intensa y el miedo mayor” (p. 91). El proceso suele ser breve. Todos los miembros del equipo están presentes trabajando en forma activa, controlando la presión, el corazón, sensaciones de ahogo, entre otros.

Casi de forma inmediata, las nuevas células viajan a través del torrente sanguíneo hacia la médula ósea, para crear nuevas células sanguíneas y así reconstruir el sistema inmunitario. El proceso se denomina engraftment (injerto) y ocurre cuando se detectan nuevos glóbulos blancos en el torrente sanguíneo. “El tiempo del engraftment varía: puede producirse entre la segunda y la cuarta semana. La recuperación completa del sistema inmunitario lleva mucho más tiempo, uno o dos años” (Fundación Médula Ósea, s. f., p. 23).

A raíz de ello, el trabajo del psico-oncólogo será el de intervenir cuando el paciente lo demande, en otras palabras mostrar disponibilidad y empatía. No es un momento en el que se profundicen grandes temas, ya que el paciente está fatigado por lo que está viviendo, por el encierro y por los efectos adversos del tratamiento. No obstante, el objetivo estará puesto en el acompañamiento en el día a día durante la internación basadas en la proximidad, la disponibilidad, la presencia, la escucha empática y



sostenedora. Aquí también es importante el acompañamiento que se realice a la familia, aumentando los factores protectores y disminuyendo los factores de riesgo con el fin de conseguir un funcionamiento familiar más equilibrado.

Esta etapa del aislamiento y las circunstancias del mismo resultan ser muy difíciles para el paciente, es un momento donde se acentúan reacciones de "irritación, agitación, ansiedad más severa, estado de ánimo deprimido, insomnio, percepciones ilusorias, alucinaciones, confusión y en los casos más graves, ideación suicida severa". (Die Trill, 2003, p 299). Frente a estos síntomas, en ocasiones el paciente puede requerir tratamiento psicofarmacológico.

Otra situación que, con frecuencia, puede aparecer es la conducta regresiva "reforzada por la necesidad que tiene el enfermo, debido a su deterioro físico, de recibir cuidados y atención" (Die Trill, 2003, p. 300).

Por último, se presenta el tercer período, llamado días positivos, en el que el paciente está expuesto a ciertas complicaciones, en las que se destacan infecciones, hemorragias, anemia. Desde el punto de vista del dolor, la mucositis grave, inflamación con llagas en boca y tracto gastrointestinal, resultan difíciles de tolerar. La sobrecarga de líquido, debido a la administración por vía intravenosa de medicamentos, nutrientes y productos sanguíneos, puede producir complicaciones tales como neumonía, daño hepático e hipertensión.

Otra complicación posible es la enfermedad injerto contra huésped como así también el fracaso del injerto, este ocurre cuando la función de la médula ósea no se recupera, o se pierde después de un período de recuperación. Puede resultar de un rechazo al injerto cuando el sistema inmunitario del receptor rechaza las células trasplantadas, o cuando la médula ósea donada fracasa en la producción de nuevas células sanguíneas. Aquí, como se planteó en el capítulo anterior, se encuentra la fantasía que también se puede tornar realidad, que la médula nueva no funcione.

Todas estas complicaciones que pueden surgir, sin lugar a dudas influirán en el ánimo del paciente. Entre los aspectos que condicionan dicho ánimo se encuentran: “pérdida de la intimidad, incremento de dependencia de la familia y personal sanitario en los cuidados personales, disminución de su capacidad funcional, vulnerabilidad ante los efectos secundarios y complicaciones que aparecen, y en aislamiento del mundo exterior” (Bellver y otros, 2009, p. 68-69).

Llegada esta instancia en la que falta un poco menos para terminar el periodo de aislamiento, el paciente despliega conductas de afrontamiento para resistir, como se explicó anteriormente, ya que empieza a sentir el estrés del encierro, más allá de estar acompañado por sus familiares y rodeados por médicos y personal de enfermería. Es indiscutible que todos ellos no son suficientes, como tampoco lo son los diversos elementos que haya ingresado dentro del cubículo de su habitación. Todo ello se ve reflejado en síntomas tales como cansancio, aburrimiento, fatiga, bajo nivel de vitalidad y labilidad emocional. Otros síntomas de ello son “alteraciones del sueño, crisis de ansiedad y períodos de desánimo y desesperanza” (Die Trill, 2003, p. 299).

Frente a ésta situación de ánimo deprimido, bajo nivel de vitalidad, aburrido, será de consideración incorporar alguna herramienta terapéutica que pueda ayudar al paciente a soportar el tiempo dentro de su habitación. Para ello se considera lo que Bosnic (1999) plantea como “anclajes con la vida: pareja, hijos, intereses, trabajos, hobbies, proyectos” (p. 52). Estos anclajes son temas que lo conectan con lo vital y que apuntan a estabilizar el ánimo deprimido del paciente.

Además de las complicaciones descritas en apartados anteriores, pueden surgir complicaciones a largo plazo, como resultado de las altas dosis de quimioterapia y de radiación corporal total que se dieron al inicio del procedimiento, ellas son las siguientes:

- Infertilidad: en relación a los órganos reproductores. Esto depende de ciertos factores, a saber la medicación, las dosis, la edad del paciente y el estado general de salud. Tanto en mujeres como varones existe la

posibilidad de criopreservar, óvulos y espermatozoides respectivamente; método en el que se recolectan, congelan y almacenan varias muestras a fin de utilizarlas más adelante.

- Deterioro de la función de algunos órganos: sistema nervioso central, ojos, corazón, pulmones, riñón, funciones endocrinas.
- Cánceres secundarios pueden, en algunos casos, ser inducidos por los tratamientos, o pueden ser procesos preexistentes.

### **3.3 Tercera Etapa. La vuelta a casa.**

La última etapa de este recorrido corresponde al alta de la unidad de trasplante y la vuelta al hogar. La preparación para el alta hospitalaria es un momento primordial a nivel psicológico, en el que se prepara al paciente y su familia, en la recuperación de su vida anterior de manera paulatina. De esta forma podrán ir reincorporándose a sus roles familiares, sociales, laborales, anticipando respuestas que puedan surgir. Ello ayudará a disminuir la ansiedad en el paciente para que no se produzca lo que plantean Bellver y otros (2009) “el paciente espera que su estado, físico, psíquico y emocional vuelva a la normalidad espontáneamente” (p. 69).

Esta etapa se caracteriza por ambivalencia por un lado sentirá “temor a abandonar la seguridad que proporciona el hospital (...) también es un momento importante a nivel psicológico, ya que aparecen sentimientos de esperanza” (Bellver y otros, 2009, p. 69). La presencia de estos sentimientos es algo esperable. A raíz de ello, aparece miedo al futuro, es decir que le suceda algo y no se encuentre en la institución hospitalaria para solucionarlo de manera rápida.

Estos son temas a trabajar con el paciente dando la oportunidad de expresar sentimientos y emociones que podrían haber surgido durante el proceso. Por otra parte, se trabaja con el equipo médico tratante para que brinde información acerca de los síntomas y complicaciones que puedan aparecer, como así también en qué momento concurrir a la institución por la presencia de los mismos.

Por otro lado, es importante que el psico-oncólogo, frente al alta hospitalaria, ofrezca su atención a la familia quienes realizarán una nueva adaptación a la situación “intentando mantener el equilibrio entre la necesidad de evitar las actitudes sobreprotectoras incapacitantes para el enfermo y de mantener las actitudes exigentes de una recuperación a nivel de actividad anterior, para la cual tal vez todavía no se encuentra preparado”. (Arranz y otros, s. f., p. 102)

Durante los primeros meses el paciente inicia un largo período de controles frecuentes para vigilar su evolución. Estos pueden incluir reinternaciones. A raíz de ellos surge otro temor considerable, como lo plantean Arranz y otros (s. f.) “como una espada de Damocles queda afrontar además, y con toda crudeza, el temor a la recidiva. Retomar las actitudes y habilidades frente al estrés serán medidas facilitadoras de la superación de esta nueva crisis de adaptación” (p. 103).

Si bien es cierto que las variables de apoyo emocional, familiar y social pueden predecir el bienestar psicológico durante todo el proceso del trasplante, en esta etapa será de mayor relevancia porque el paciente pasará más periodos con sus seres queridos, familia, amigos, compañeros de trabajo, es decir volverá a su vida habitual, quizás a su lugar de origen, dejando atrás el ambiente hospitalario, los controles intensos, las visitas a los médicos, ya que ello se empezará a espaciar. Comprender a la familia como una aliada “pues ella puede proveer seguridad y apoyo psicológico durante la readaptación del paciente trasplantado en su convivencia social, a la cual estaba habituado (Wright & Leahey, 2002)” (Matsubara y otros, 2007, p. 156).

Continuando con lo arriba mencionado, es fundamental en este momento este tipo de apoyo para la reinserción a su vida habitual, teniendo presente los cuidados y recomendaciones médicas. Más allá que el paciente tenga el alta de la unidad hospitalaria, no significa que la tenga respecto al tratamiento, ya que las conductas de autocuidado para disminuir el riesgo de infecciones deben ser controladas. Die Trill y González Billalabeitia (2003) plantean dificultades en la necesidad de alejarse del rol de enfermos una vez que fueron dados de alta y advierten hasta qué punto son tan importantes las restricciones que han sido impuestas, para ello será necesario entrenar y educar en habilidades al paciente y a la familia.

Como afirma Baider (2003)

Existe clara evidencia de que el grado de apoyo emocional percibido por los pacientes mejora su capacidad de afrontamiento, que, a su vez, mejora su adaptación física y psicológica. Por lo tanto, se puede predecir que el apoyo emocional afectará directamente el afrontamiento y que éste afectará tanto el bienestar psicológico como al social, componentes ambos del constructo descrito como calidad de vida (Die Trill, 2003, p. 476).

Para cerrar este recorrido de etapas médicas, con sus concomitantes psicológicos y sus variables psicosociales, será importante resaltar que la comprensión, el conocimiento y la empatía, también contribuyen a la adaptación de la enfermedad.

#### **4: Planteo de problemas**

Las preguntas que orientan el estudio de caso son tres:

1. ¿Cuáles son las reacciones emocionales del paciente oncológico frente al trasplante de médula ósea?
2. ¿Cómo se diferencian éstas reacciones en cada una de las etapas del trasplante de médula ósea?
3. ¿Cuáles serían las intervenciones psico-oncológicas más adecuadas en cada una de las etapas del procedimiento?

## **5: Objetivos**

### **5.1 Objetivos Generales:**

- ° Caracterizar las reacciones emocionales del paciente oncológico frente al trasplante de médula ósea.
  
- ° Describir las posibles intervenciones psico-oncológicas.

### **5.2 Objetivos Específicos:**

- \* Caracterizar las reacciones de ansiedad y miedo.
- \* Caracterizar las reacciones de angustia.
- \* Caracterizar las reacciones de ambivalencia.
- \* Relacionar las reacciones emocionales con las diferentes etapas.
- \* Caracterizar las intervenciones psico-educativas.
- \* Caracterizar las intervenciones de acompañamiento y elaboración durante la internación.
- \* Caracterizar las intervenciones de apoyo emocional y social.
- \* Relacionar las intervenciones psico-oncológicas con las diferentes etapas



## **6: Presentación del caso Benjamín**

Benjamín, es un hombre de 29 años, oriundo de una ciudad del norte de Argentina. Está casado con Camila hace un año, su novia de la infancia. No tienen hijos.

Abandonó el colegio secundario para dedicarse a un deporte extremo, que se convirtió en su pasión y en los que, años más tarde participó en distintas competencias a nivel provincial.

Pertenece a una familia numerosa, de una muy buena posición socio-económica. Es el único hijo varón y el menor de cuatro hermanas mujeres. Siempre fue el mimado y protegido de la familia.

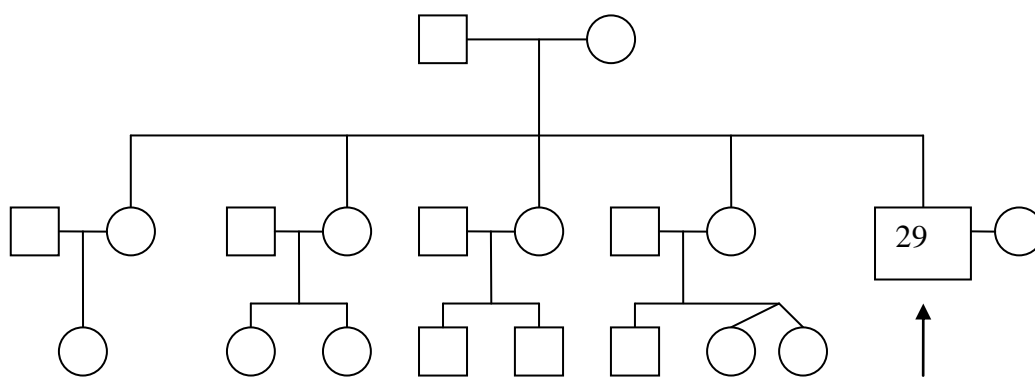
Hace unos pocos años se retiró de su pasión, para incorporarse al negocio familiar, en el que actualmente trabaja.

En términos generales, Benjamín es simpático, conversador, inquieto, le gusta el campo y estar al aire libre.

La familia de Benjamín estuvo presente a lo largo de la enfermedad, en la que se organizaron de tal manera que siempre estuviera con varias personas, durante el tratamiento que tuvo que efectuar en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Su grupo de pares también estuvo presente en distintos momentos de los tratamientos, unas veces en forma presencial y otras cotidianamente a través de los carteles con fotos que empapelaban la habitación de Benjamín.

## Genograma Familiar



□ Hombre

○ Mujer

□—○ Pareja Casada

□—○ Hijos

○—○ Mellizos

## **7: Aspectos Metodológicos**

El presente trabajo se trata de un estudio de caso único, en el que se observan y analizan las variables definidas en el marco teórico, a saber reacciones emocionales e intervenciones psico-oncológicas.

Para ello se trabaja desde el alcance descriptivo con el propósito de caracterizar las reacciones emocionales y describir las intervenciones del psico-oncólogo, en la unidad de análisis elegida.

El enfoque utilizado es cualitativo y el instrumento de recolección de datos es el análisis de contenido de fragmentos de entrevistas previamente seleccionados.

La metodología es inductiva en la cual se registra y se observa en profundidad el caso, para luego analizar las variables anteriormente mencionadas. Es importante destacar que las conclusiones que surjan del presente estudio de caso no son generalizables a poblaciones más amplias.

El diseño utilizado es no experimental, ya que no se manipulan variables, ni se construye ninguna situación artificial, sino que se observa la unidad de análisis y su contexto para su posterior análisis.

Se aclara que el caso clínico pertenece a la práctica privada, y ha sido seleccionado en forma intencional, siendo el motivo el interés clínico que presenta. Es necesario agregar que el escrito se ajusta a normas éticas de la Ciudad de Buenos Aires.

## 8: Descripción del Caso

El paciente es derivado para atención psico-oncológica por su médico Onco-Hematólogo, porque según sus palabras: *no hace más que llorar*. La derivación se realiza a los pocos días de comienzo del tratamiento de quimioterapia.

Hace dos años atrás, Benjamín fue diagnosticado de Leucemia Linfoblástica Aguda, en su ciudad de origen, provincia al norte de Argentina. Debido a la complejidad del cuadro fue necesario que se traslade a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para realizar el tratamiento pertinente, consistente en cuatro ciclos de quimioterapia y luego un trasplante de médula ósea.

El tratamiento psico-oncológico se mantuvo alrededor de nueve meses. Para el presente trabajo se realizaron entrevistas individuales con Benjamín, entrevistas con el médico tratante, entrevista grupal con el médico y el paciente y entrevista a un familiar, Camila esposa del paciente.

Se comunica telefónicamente Camila, con la terapeuta solicitando un turno para su marido. Refiere que el Onco-Hematólogo se lo ha dado. Se concreta una entrevista en la institución.

La primera entrevista con Benjamín se realiza en la institución, debido a que se encontraba realizando su primer ciclo de quimioterapia. En este primer encuentro, el paciente está acostado en la cama en posición fetal, al momento en que la terapeuta entra a su habitación.

Benjamín cuenta porqué está internado. Se observa un alto monto de angustia, *una mezcla de sentimientos que no se podían ordenar en su cabeza*, según manifiesta. Por un parte sabe que tiene una enfermedad *seria*, aunque no se acuerda el nombre y por eso tiene que estar en Buenos Aires para hacer el tratamiento correspondiente; pero por otro lado está muy enojado de estar acá, quiere volver a su pueblo, con su gente, quiere estar con los suyos. Este es el motivo de su llanto, según manifiesta.

Luego de ésta primera entrevista, se pauta con el paciente tener encuentros dos veces por semana. Los mismos irán variando de lugar físico, ya que cada 3 semanas debe internarse para realizarse quimioterapia, como así también debe cuidarse del frío, es por ello que se pauta que los encuentros serán, dependiendo de éstas circunstancias, en la Institución; en su domicilio o en el consultorio particular.

Por otra parte se entrega a Benjamín el teléfono personal de la terapeuta para que lo utilice cuando lo considere necesario.

## 9: Análisis del Caso

- **Primera etapa de TMO**

P: El paciente llega 15 minutos tarde. Saluda con un beso en la mejilla. Se sienta en el sofá al frente de la terapeuta. Comienza su relato aduciendo que se quedó dormido y que por esa razón llega tarde. (...) Manifiesta *estuve pensando en lo que me dijo el médico sobre el trasplante de médula y lo que no le pregunté es ¿dónde va a estar mi hermana, Amparo, mientras a mi me pasan la médula?*

La terapeuta interroga en relación a las entrevistas que ha tenido con su médico en las que se plantearon cómo sería el procedimiento en él y como sería en relación a su hermana, para ver qué información tiene al respecto.

P: *No me acuerdo que me dijo el médico sobre Amparo (...) A mi me parece que ella va a estar acostada boca abajo al lado mío y su médula pasa directo a mi.* El paciente frunce el ceño y se muestra incómodo ante esta posibilidad.

Se trabaja recordando lo que el médico había dicho sobre los estudios previos de Amparo y la recolección del material, previa a su internación. Además se le sugiere que sería bueno que pueda volver a preguntar al médico sobre esta inquietud.

El paciente llega a horario a la sesión. Saluda con un beso en la mejilla. Se sienta en el sofá frente a la terapeuta.

Benjamín está serio, no se ríe, mira para abajo, no dice nada, está callado.

T: *¿Cómo estás?*

P: *creo que bien*

T: *¿Porqué crees que bien?*

P: *porque...sí, que se yo (...).* Se acomoda en el sofá, se tapa la cara con las manos y dice: *No quiero llorar, basta de llorar, lo único que hago es llorar y llorar, porque no entiendo nada (...).* El paciente llora. Se le acerca la caja de pañuelos y la terapeuta se queda cerca de él apoyando su mano sobre la pierna.

T: *¿Me querés contar porqué estás así?*

P: responde levantando la voz. *Es que no entiendo, porqué el trasplante...si voy bien con la quimio y mi cuerpo responde bien a eso, para qué el trasplante (...) El Dr. me dijo que esto es lo que se hace, que así es el protocolo (...) Pero porqué a Amparo, porqué a ella, ¿y si le pasa algo?, ¿y si no alcanza? (...)*

Este material permite reflexionar acerca de las reacciones de miedo y ansiedad en Benjamín presentes durante la primera etapa del procedimiento, a través de las diferentes preguntas que se hace en ambas entrevistas.

Como se observa en este diálogo, el trasplante se caracteriza por diversas reacciones emocionales. Por ejemplo, en la primera etapa se suscitan emociones de miedo, ansiedad, enojo, rabietas, como plantea Die Trill (2003), todas ellas asociadas a un procedimiento médico complejo, a una larga convalecencia, y a efectos adversos de los tratamientos.

El miedo es una reacción emocional, que se encuentra presente a lo largo de la enfermedad, en particular en esta etapa del pre-trasplante. Incluso aparece con el diagnóstico de enfermedad oncológica, que, como se expresó anteriormente, en el imaginario colectivo se lo asocia a muerte, a pesar de que existan otras enfermedades crónicas que revisten riesgo de vida.

Otra reacción emocional característica de esta etapa en el paciente, aunque también presente en otras entrevistas, es la ansiedad manifestada en sus preocupaciones por no comprender el procedimiento en cuestión, por inquietudes sobre su futuro y por nerviosismo frente a lo que se imagina.

Ambas reacciones emocionales responden, según lo manifiesta Benjamín, a un impacto en la información. En este sentido, Bellver y Moreno (2009) destacan este impacto en un bloqueo y dificultades de asimilación y comprensión para comprender lo que se está transmitiendo, por el carácter negativo de dicha información.

Pareciera que Benjamín tiene información médica confusa y desorganizada, información difícil de asimilar referida a las características de un trasplante de médula ósea, a procedimientos que incluyen a un familiar, como a complicaciones que puede suscitar el tratamiento, todo ello sin conocer el grado de entendimiento previo que posee, entendimiento que se puede ver alterado por el sesgo del paciente y la angustia que tales contenidos producen.

Diversos autores, entre ellos Mucci, (2004); Gómez Sancho, (2004) tratan el tema de cuánto y de qué manera se debe informar al paciente. Expresando que la información debe ser sencilla, progresiva (o paulatina) y de contenido preciso. Es importante destacar lo de progresivo, en el sentido de comunicar de a poco según lo que el paciente quiere saber al respecto, respetando sus necesidades.

De lo contrario lo que sucede es que los médicos, al proporcionar información médica compleja, difícil de asimilar, generan en los pacientes miedos, angustia, ansiedad, confusión, dificultades en la comprensión, bloqueos. Esto lleva a pensar en lo que plantea Mardarás Platas (1980) cuando se refiere a la ansiedad confusional, la cual se produce cuando el paciente no entiende lo que está sucediendo, ni lo que sucederá, de allí, las fantasías que eventualmente pueden generarse.

Por lo arriba mencionado es importante aclarar que la información no se presenta en un acto único, sino por el contrario, se realiza en reiteradas ocasiones y evitando términos médico. El paciente debe disponer de una información de calidad y comprensible para decidir. Esa información, ha de ser completa, lo cual no significa que tenga que ser exhaustiva. Es importante que el médico tenga presente esto y pueda escuchar al paciente, para que pueda elaborarla paulatinamente y de esta manera no se produzcan bloqueos innecesarios, los que conducirán a confundirlo y angustiarlo aún más.



En la medida en que la información se proporcione, adecuándose a las necesidades del paciente, éste podrá aceptar y poner en marcha conductas de afrontamiento ante la situación que deberá transitar. A su vez, todo ello dará lugar a un vínculo de confianza en la relación médico-paciente, que incidirá en el cumplimiento de las prescripciones médicas y la adherencia al tratamiento, como afirman varios autores (Mucci, 2004; Barbero y otros, 2005).

A raíz de lo sucedido en las entrevistas, da la impresión que Benjamín necesita información médica sobre los procedimientos. Por esta razón, se pregunta al onco-hematólogo sobre la posibilidad de realizar una entrevista grupal en la que esté presente él; Benjamín y la terapeuta. Dicho encuentro es aceptado sin inconvenientes.

La terapeuta propone a Benjamín tener una entrevista grupal.

P: Benjamín se muestra con una sonrisa al momento en que la terapeuta dice esto y agrega: *Estaría buenísimo, así vas a ver que no se le entiende nada.*

Se trabajan las preguntas que le quisiera hacer al médico, se anotan en un papel y se pide a Benjamín que el día de la entrevista lleve esas preguntas.

La entrevista se realiza en la institución, ya que luego de ésta, el paciente debe realizarse una transfusión de sangre.

Dr.: *Bueno una vez más vamos a hablar del tema, ¿no Benjamín?*

P: Benjamín se ríe.

Dr.: *Por donde empezamos.*

P.: *por mi trasplante (...) que me van a hacer, cómo es (...) que me va a pasar (...) cuál es el riesgo que tengo de morirme (...)*

El profesional explica en qué consiste el trasplante de médula, paso a paso, contando los días en que le realizarán cada procedimiento y lo va escribiendo en un papel, al tiempo que lo muestra a Benjamín.

P: Benjamín realiza preguntas en relación a lo que dice el médico.

Dr.: Luego de la explicación del trasplante de médula, el Dr. explica en qué consiste el procedimiento que le realizarán a su hermana en el que se extraerá

el material que luego será trasplantado. Al finalizar esta explicación el profesional pregunta al paciente si quiere saber algo más.

Benjamín saca la hoja donde tenía anotada sus preguntas y dice: *Sí, falta una... ¿Me puedo morir en el procedimiento?*

Dr.: El Dr. sonríe y comienza a hablar de estadísticas. Finalmente agrega que sí, que las posibilidades están presentes.

P: Benjamín no dice nada, sólo se queda mirando para abajo. Al cabo de unos minutos dice: *Bueno, eso era todo.* Mira a la terapeuta y dice: *¿Quieres preguntar algo?*

T: La terapeuta responde que no.

Se da por finalizada la entrevista grupal. El médico avisa a Benjamín que puede dirigirse a la habitación N° 1 para realizarse la transfusión.

La terapeuta y el paciente se dirigen a la habitación para trabajar la información comunicada.

P: *Nada que ver lo que yo pensaba de Amparo (...) Con razón ella tiene que venir a hacerse los estudios esos y ahí ya le sacan la sangre (...) Yo no sabía que el riesgo de muerte es el mismo que cuando estoy neutropénico (...) Y yo no me cuidaba (...) Son un montón de días, no sé cómo voy a hacer para aguantar (...) Al final tenías razón, tengo que pensar qué voy a hacer todos esos días ahí encerrado (...)* Riéndose dice lo siguiente: *Y si ven que me quiero ir me dan unos litros de rivotril y listo.*

Se trabajan todas estas inquietudes y se van aclarando algunos temores.

En el material presentado se solicita al médico tratante que proporcione información sobre los procedimientos a los que se someterá Benjamín, debido que en entrevistas psicoterapéuticas se observa que la misma es confusa y esto no lo ayuda, ya que al no comprender la situación se angustia.

Los objetivos de la entrevista fueron los siguientes,

1. primero y principal que los tres, a saber paciente, doctor y terapeuta, manejen el mismo lenguaje, esto ayuda al momento de trabajar con el paciente para clarificar la información;
2. en segundo lugar es una forma de acompañar al médico en el momento de transmitir información de un procedimiento serio, sobre todo cuando se pueden presentar riesgos difíciles de comunicar;
3. y, en tercer lugar, activar al paciente, esto se refiere que pueda poner en palabras lo que siente, lo que piensa y de esta manera, pueda aclarar sus dudas e inquietudes. Por consiguiente esto permitirá trabajar con la terapeuta sobre qué entendió de eso que dijo el médico y clarificar lo que no comprendió.

Benjamín se muestra contento con la propuesta de la entrevista grupal, ya que tuvo la sensación de que alguien más estuvo presente con él para corroborar su confusión relacionada a la información médica.

La intervención psico-educativa para ese momento apuntó a aclarar la desinformación que presenta el paciente, como explica Fawzy y Fawzy (1998) el objetivo es disminuir la impotencia y la falta de conocimiento, para poder resolver la situación y tomar una decisión.

El material presentado muestra que el Dr. se toma el tiempo necesario para contar en qué consisten los procedimientos y contestar las preguntas de Benjamín. Lo que se observa en la entrevista conjunta es que los objetivos por los cuales se había pensado hacer la misma, fueron cumplidos. Los tres manejaban la misma información, el paciente llevó sus inquietudes anotadas, pudo preguntar al médico y clarificar la información errónea que poseía.

Como se puede apreciar, todo esto favorece la autonomía del paciente, es decir que una vez que comprenda los procedimientos, sea libre de elegir y de aceptar o no el tratamiento. Esto lo ayudará al momento de firmar el consentimiento, en el que entiende y acepta lo que está firmando, sin que sea una imposición puesta por el equipo tratante o por su familia.

Cabe agregar que esta actitud por parte del médico afianza y fortalece la relación médico-paciente, ya que el correcto manejo de la información redundará en el éxito o el fracaso de dicha relación, estimulando o no el establecimiento de una alianza terapéutica entre ellos, la que en definitiva, condicionará en buena medida el progreso del tratamiento.

Una vez finalizada la entrevista grupal y luego del cambio producido en el abordaje, en la entrevista individual con Benjamín se trabajó lo que entendió de aquello que le dijo el médico. Se observó que supo comprender y asimilar la información correspondiente a los procedimientos. Como plantean Pérez Álvarez y otros (2006) la intervención psico-educativa para este momento, ayudó a reducir la ansiedad en Benjamín, ya que logró poner en palabras los miedos que le producía pensar en el trasplante. Incluso le permitió repensar situaciones vividas durante la quimioterapia, que se asocian a los riesgos que se pueden suscitar durante el procedimiento del trasplante. Asimismo, esto nos lleva a pensar que Benjamín no había comprendido las indicaciones médicas sobre las restricciones en sus salidas al momento de estar neutropénico.

Por último, Benjamín comenzó a pensar en el futuro, en el aislamiento, más precisamente qué hacer durante el mismo; al punto tal de poder tomarlo con humor. Aquí se comienzan a esbozar conductas de afrontamiento más activas que se pondrán en marcha más adelante, cuando comience a sentir el estrés del encierro. Ello lo ayudará a sobrellevar el aislamiento.

- **Segunda etapa de TMO**

Al llegar a la institución, la terapeuta pregunta al médico a cargo, como se encuentra el paciente y solicita permiso para trabajar con él. El médico explica las condiciones a tener en cuenta al momento de ingresar a la habitación, referidas a los cuidados e higiene.

Benjamín recuerda lo sucedido noches atrás y cuenta que en medio de llantos y enojos, se levantó de su cama, fue al baño y comenzó a gritar (...) *No se termina más esto (...) No quiero estar acá (...) Me quiero ir a mi casa (...)*. En ese momento entró la enfermera quién intentó calmarlo, inmediatamente ingresó el psiquiatra quién lo medicó y así logró dormir hasta el día siguiente. Se queda callado unos minutos y después agrega: *Sólo quiero que me entiendan.*

El material permite mostrar la importancia del trabajo en equipo, en el que el médico tratante se toma unos minutos para explicar los cuidados en la higiene para el ingreso de la profesional a la habitación del paciente. Además se observa la disponibilidad del equipo médico, para el ingreso al aislamiento de un profesional que no forma parte del staff de la institución.

Es importante aclarar que esta entrevista fue realizada pasado unos días de la infusión de la médula ósea, cuando los efectos adversos de los tratamientos empezaban a sentirse con mayor fuerza.

Bellver y otros (2009), plantean que estas complicaciones influyen en el ánimo del paciente. En Benjamín se observa vulnerabilidad ante los efectos secundarios (llagas en la boca y molestias en el estómago).

Por otro lado, esto permite observar el estrés del encierro, del aislamiento en Benjamín, a pesar de estar acompañado de familiares. Die Trill (2003) señala que es un periodo caracterizado por bajo nivel de vitalidad y labilidad emocional, cansancio.

Otros síntomas que se pueden manifestar en esta etapa son alteraciones en el sueño, en la comida y aburrimiento a pesar de haber ingresado material de distracción a la habitación.

Este momento resultó difícil para Benjamín, al punto tal de recibir medicación psico-farmacológica por una crisis de angustia, situación esta que en ocasiones puede suceder, según advierte Die Trill (2003).

La última frase de Benjamín, en la que pide que lo entiendan, es una muestra de angustia frente a todo el procedimiento. Se podría pensar en su pedido desde la empatía, es decir en la necesidad de que los profesionales que lo atienden puedan ponerse en su lugar y comprender su tristeza, su malestar, y su cansancio.

A la semana siguiente se llama telefónicamente a Benjamín, para saber como estaba, ante lo cual solicita si en algún momento la terapeuta se puede acercar a la institución.

B: (...) *Quería hablar con vos por eso te pedí que vengas*

T: *Sí, está perfecto, es lo que habíamos acordado antes que ingreses.*

B: riéndose dice *quería contarte que me siento mejor, ya no me agarran las locuras de la otra noche (...) Me anduve acordando de allá, de mis pagos, de la muchachada que me está esperando (...) Benjamín se incorpora en la cama, se ríe al momento de contar esto. (...) Y anoche me llamó Coco, te acordás? el dueño del bar al que siempre iba, y le atendí (...) Qué manera de hablar por dios*

T: Se observa un cambio de actitud importante en el paciente. Se lo ve sorprendido con el llamado telefónico de Coco, ya que es una persona con la cuál habló una sola vez al principio del primer tratamiento y después no quiso hablar más, ya que manifestaba que lo ponía muy triste, porque se acordaba de su ciudad, a la que extrañaba inexorablemente.

En los encuentros siguientes en la institución el trabajo continuó en esta línea, recordando momentos de su ciudad de origen, de sus amigos, de su gente.

El material presentado muestra la flexibilidad del encuadre terapéutico en psico-oncología acordado con Benjamín en entrevistas previas, en las que se estableció que antes de cada encuentro se realizarían llamados telefónicos para saber cómo se siente y así no molestarlo. Esto apunta a respetar sus tiempos y momentos en los que no se siente bien dentro del aislamiento. Como así también se habilitó el teléfono personal de la terapeuta, según Bosnic (1999) ayuda al paciente tener este número, aunque no lo utilice.

En el material presentado se observa la intervención de acompañamiento durante la internación, basado esto en la proximidad (ingreso a la habitación de aislamiento); la disponibilidad (en horario, tiempo de encuentros, sistema de comunicación); la presencia (durante el aislamiento); y la escucha empática y sostenedora.

De un momento a otro se observa un cambio de actitud en el paciente, en el hecho que encuentra algo que lo hace sentir bien, a pesar de lo vivido, a esto llama Bosnic (1999) anclajes con la vida. Benjamín comenzó a hablar y contar situaciones que, nada tenían de relación con lo que estaba viviendo en ese momento, sino todo lo contrario se remontaban a recuerdos pasados, lejos de una enfermedad, de un tratamiento, de efectos secundarios, paradójicamente lejos, también, de su ciudad, de su gente, de sus costumbres, de aquellos momentos en los que estaba bien.

Estos anclajes de Benjamín basados en sus recuerdos de momentos importantes y de personas significativas fueron los que ayudaron a sobrellevar el último periodo de aislamiento, así como también su ánimo deprimido, y su aburrimiento. A partir de esto, los siguientes encuentros siguieron esta línea de trabajo, en la que durante la internación contaba estos recuerdos, que lo conectaban con lo vital y que apuntaban a estabilizar su estado de ánimo.

- **Tercera etapa de TMO**

El paciente se comunica para avisar que en dos días le dan el alta de la internación y para coordinar la próxima entrevista en el consultorio. Ante el pedido se le da un turno. A la semana siguiente el paciente asiste al consultorio en el horario pautado.

B: comenta que el jueves ha festejado con su familia que todo salió bien y por ello tomó un vasito de vino. Agrega que el sábado llegó el resto de su familia y comieron un chivito para festejar. Pasada unas horas llamó al médico porque no se sentía bien. Se interna para observación.

B: refiere que el fin de semana pasado no la pasó nada bien. Estuvo internado, nuevamente, en la guardia de la institución por unos dolores en la rodilla y los codos. Los médicos dijeron que esto se puede deber a exigencias corporales, como ser caminatas, levantar pesos. Y agrega: *Si puede que tengan razón, porque empecé a hacer algunos ejercicios*

En el material presentado no se observan reacciones ambivalentes en Benjamín relacionadas con el alivio de salir del aislamiento, y el temor de abandonar el área protegida, como refieren Bellver y otros (2009). Por el contrario, el paciente presentó reacciones de ansiedad, ocasionadas por la necesidad de recuperar el tiempo perdido, concretamente todo aquello que no pudo hacer estando en tratamiento (primero la quimioterapia y luego el trasplante). Es posible que Benjamín quisiera volver a la normalidad en forma espontánea, tal como lo plantean los autores anteriormente citados.

Por otra parte se podría pensar que la información médica recibida en relación a ello no fue comprendida, tal como sucedió en la primera etapa del trasplante. Si así fuera, se comprende mejor la falta de adherencia al tratamiento sin los cuidados pertinentes que debió haber tenido para reincorporarse a su vida habitual en forma paulatina.



En las entrevistas se trabaja con Benjamín la importancia de su cuidado personal, relacionado con las reinternaciones que tuvo en dos semanas consecutivas, causadas por la comida y por las exigencias puestas en la actividad física.

También se trabaja el tema del alta, mostrando que esta se refiere a la internación, no al tratamiento, ya que los controles seguirán. Es importante que tenga presente que la rehabilitación es lenta por lo cual tiene que bajar su exigencia.

Se refuerza el trabajo citando a un familiar. Se realiza una entrevista con esposa del paciente, Camila, a quién se le recomienda ayudarlo en los cuidados relacionados con las comidas y la actividad física, para evitar reinternaciones y desgastes innecesarios.

El material muestra que al paciente le resultó difícil comprender los cuidados que debe realizar una vez finalizada la internación, ya que asoció alta de internación, con alta de tratamiento. Más allá de trabajar el tema con Benjamín, fue necesario contar con el apoyo familiar, para que también ellos puedan ayudarlo a no perder el control, especialmente en las comidas, porque era en esto en lo que se desbordaba cuando se juntaban todos los familiares.

Se podría pensar la dificultad que se les presenta a los familiares para mantener el equilibrio, que refieren Arranz y otros (s. f.), entre evitar actitudes sobreprotectoras y, al mismo tiempo, mantener una actitud exigente acorde a la recuperación progresiva.

Die Trill y González Billalabeitia (2003), plantean la dificultad de respetar las restricciones impuestas por el equipo médico tratante, en las que el paciente las desafiará como en un intento de alejarse del rol de enfermo. Concretamente en Benjamín fue hacer indicaciones referidas a habilidades en el cuidado, tanto a él como a su familia para lograr una buena recuperación.

Es importante destacar el apoyo social que le proporcionen su pareja, su familia, sus amigos y demás personas significativas, ya que ayudarán en el bienestar psicológico de Benjamín, una vez que retome sus actividades diarias, en especial teniendo en cuenta que en algún momento volverá a su ciudad de origen.

## **Conclusión**

Para comenzar, es de destacar que el presente estudio de caso muestra que el trasplante de médula ósea es un procedimiento médico complejo que despierta en el paciente, importantes reacciones emocionales en cada una de sus etapas, para lo cual es imperante implementar intervenciones psico-oncológicas diferentes, que ayuden al paciente a afrontarlas.

Las reacciones emocionales son diversas y se presentan en las distintas fases del trasplante sin que necesariamente sean determinantes para cada una de ellas, como se puede observar en el material presentado. A continuación se desarrollará este tema con más detalle.

En la primera etapa se observan reacciones de miedo y ansiedad, relacionadas por una parte, con el impacto del diagnóstico oncológico. Como se expresó en un principio, se trata de un procedimiento complejo, que genera temores que confrontan a la persona con el límite de la vida y la cercanía de la muerte.

Por otra parte, la persona se encuentra con información difícil de asimilar y de comprender. Frente a esta situación, se intentó mostrar que el implementar intervenciones psico-educativas, favorece el procesamiento adecuado de la información, atenuando el impacto emocional de la misma. De esta manera, este trabajo contribuye al fortalecimiento personal y así facilita el proceso de adaptación del paciente y su familia.

En la segunda etapa, caracterizada por reacciones de angustia, tedio, labilidad emocional, en la que se implementó una intervención de acompañamiento y elaboración en una internación difícil, distinta a otras, aislada de familiares, un acompañamiento que encontró un punto vital, que lo ayudó a sobrellevar ese aislamiento, disminuyendo su angustia.

Finalmente, en la tercera etapa Benjamín manifestó ansiedad por recuperar el tiempo pasado, muy relacionada con volver cuanto antes a su ciudad y de reencontrarse con los suyos. La intervención apuntó al apoyo emocional y social, con la necesidad de cuidarse respetando las indicaciones médicas, lo que ayudó a su recuperación y rehabilitación, favoreciendo su calidad de vida. No se observaron reacciones de ambivalencia, como se planteó al inicio de este trabajo

Es oportuno hacer una reflexión respecto a los temas tratados a lo largo de este trabajo. En este sentido, las intervenciones psico-oncológicas posibles frente a las reacciones emocionales de un paciente, autorizan a pensar a los profesionales de la salud, dedicados al cuidado del paciente y su familia, la importancia de ofrecer tratamiento psicoterapéutico que los ayude a adaptarse a la enfermedad y a sus tratamientos.

Uno de los temas que se destacan es el de la información. En primer lugar, la comunicación de la información médica es crucial, ya que es el primer contacto con la enfermedad, con el equipo médico tratante, con un mundo diferente y al cual la persona se tendrá que adaptar.

En segundo lugar, la comunicación es una herramienta imprescindible, que lleva tiempo y aprendizaje, que no se enseña en las facultades, ni se relaciona con los años de experiencia. Las habilidades en la comunicación se corresponden con el estudio, la investigación, la supervisión, la incorporación de estrategias que posibiliten la comprensión del tema comunicado, etc., ya que dependiendo de la forma en que se comunique, el impacto será mayor o menor en el psiquismo del paciente y su familia.

Por otra parte, es importante promover la inclusión del psico-oncólogo en los equipos de salud, ya que las eventuales intervenciones terapéuticas estarán dirigidas a cubrir las siguientes áreas: observar y supervisar el nivel de información y la capacidad del paciente para asimilar conceptos, conocer las estrategias y habilidades de afrontamiento, propiciar apoyo emocional y social

cuando sea necesario, motivar a la adhesión terapéutica y a la adaptación a la enfermedad. En definitiva, fomentar la calidad de vida del paciente y su familia. Además del trabajo con el equipo tratante en forma individual y grupal cuando la situación de múltiples exigencias de los pacientes así lo requiera.

Con el objetivo de formar equipos interdisciplinarios bien cohesionados, que cooperen y no rivalicen en el trabajo con el paciente y su familia. En relación a esto último, el psico-oncólogo en el área médica tiene un lugar importantísimo e incuestionable, pero muchas veces es un lugar a construir. Lo ideal sería que el psico-oncólogo se encuentre dentro del equipo de trabajo y así pueda intervenir lo antes posible, aunque en la realidad institucional las cosas no suceden así, ya sea por prejuicios, o porque el médico cree que un nuevo profesional interviniendo en su área puede recortar su poder. Es aquí donde el rol mediador del psicólogo se pone a prueba y es parte del desafío a superar.

En síntesis, la comunicación, el soporte emocional y el trabajo en equipo son piedras angulares del tratamiento del paciente oncológico y su familia. Por ello, resulta muy importante, revalorizar la intervención psico-oncológica en el tratamiento del paciente con cáncer.

A manera de cierre del estudio de caso, cabe aclarar algunos aspectos y pormenores, sucedidos en el caso Benjamín, que ayudarán a comprender mejor el material presentado.

Benjamín recibe un diagnóstico incierto en su ciudad de origen, momento en que se traslada, de urgencia, en avión sanitario a la Ciudad de Buenos Aires, en donde se confirma el diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda.

De inmediato, comienza la quimioterapia, con lo cual Benjamín no tuvo el tiempo adecuado como para procesar lo que estaba ocurriendo. Todo ocurrió tan rápido que al poco tiempo de iniciar la quimioterapia, se le comunica la histocompatibilidad con su hermana para el trasplante.

De esta manera, es dable suponer que no tuvo el tiempo psíquico necesario para asimilar y comprender la información recibida, generándole ansiedad, miedo, confusión e incertidumbre, ya que desde el principio no entendió que pasaba ni tampoco, que iba a pasar.

En relación al tratamiento psicoterapéutico, este fue varias veces interrumpido por el paciente. Esto sucedía cuando se iba repentinamente a su ciudad de origen, por permiso del equipo médico, sin dar ningún tipo de aviso a la terapeuta, tanto de la ida como de la vuelta, por lo cual resultaba incierto el momento de retomar el trabajo terapéutico.

Esto fue lo que sucedió antes del ingreso al aislamiento. Llegó de viaje y fue directo a la guardia de la institución, por unas manchas corporales, quedó internado para realizarse estudios y a los pocos días entró al aislamiento.

En esos momentos fue difícil ubicar telefónicamente a Benjamín, para acordar el primer encuentro en el aislamiento, razón por la cual se realizó luego del día de la infusión de la médula.

Por otra parte, más allá que Benjamín tuvo que trasladarse geográficamente para su tratamiento, sus familiares se organizaron de tal forma que siempre alguno de ellos estuvo presente. Camila y Juana, esposa y madre respectivamente, fueron las cuidadoras que estuvieron en todo momento. El resto de la familia se turnaba. Sin embargo, a pesar de haber tanta gente a su lado, ninguno de ellos lo acompañaba en momentos claves del tratamiento.

Concretamente, estas situaciones se observaron con más claridad en la última etapa del tratamiento. La falta de apoyo familiar colaboró con el desajuste de Benjamín, ya que no se cuidaba, concentrado con los festejos posteriores al procedimiento. Llegaban familiares, amigos y conocidos a festejar que todo había salido bien, trayendo comidas y bebidas que por el momento el paciente no debía consumir.

Es oportuno decir que en varias oportunidades se ofreció apoyo psicológico, a los familiares de Benjamín, pero ellos no lo aceptaron. No lo consideraron necesario. Tal es así que fue difícil realizar la entrevista a uno de ellos, con el objetivo de comunicar acerca de los cuidados post trasplante que el paciente debía tener. Dicha entrevista, fue con Camila, su esposa y lamentablemente duró unos pocos minutos, porque ella tenía que retirar los resultados de su biopsia de tiroides.

Finalmente, queda la sensación de no saber si Benjamín en algún momento entendió la enfermedad que tenía y los tratamientos que realizaba, es decir si en algún momento tomó conciencia de la situación que estaba atravesando. En reiteradas oportunidades, se trabajó haciendo hincapié en sus cuidados (durante la quimioterapia y después del trasplante), en dónde el equipo médico indicaba algo y el paciente hacía caso omiso, y a pesar de ello, todo salió bien. Todo lo médico salió bien.

## **Bibliografía**

- \* Alves de Lima, A. E. (2003, Mayo/Junio). ¿Cómo comunicar malas noticias a nuestros pacientes y no morir en el intento? *Revista Argentina de Cardiología*, 71(3), 217-220.
- \* Arranz, P. (2006, enero 18). *Intervención psicológica en Cáncer*. Recuperado de: <http://www.eutanasia.ws/textos/intervencionPC0706.doc>
- \* Arranz, P., Coca, C., Bayés, R., del Rincón, C. y Hernández – Navarro, F. (s.f.). Intervención Psicológica en Pacientes que deben someterse a un Trasplante de Médula Ósea. *Psicooncología*. (1), 93-105.
- \* Arrarás Urdaniz, J. I., Arias, F. y Arbizu López, J. P. (1998). Calidad de vida en los pacientes con trasplante de médula ósea. *Med Clin*, 110, 582-586.
- \* Barbero, J. (s.f.). Hechos y valores en psicooncología. *Psicooncología*, (1), 21-37.
- \* Barbero, J., Barreto, P., Arranz, P. y Bayés, R. (2005). *Comunicación en oncología clínica*. Madrid: Just in Time.
- \* Bellver, A. y Moreno, P. (2009). Riesgos psicosociales e Intervención psicológica en los pacientes trasplantados de Médula Ósea. *Psicooncología*, 6(1), 65-81.
- \* Bosnic, M. (1999, Mayo). Humanización de la Salud. Ed. Quirón. 30(2), 36-57.
- \* Cruzado, J. A. (s. f.). La formación en Psicooncología. *Psicooncología*, (1), 9-19.
- \* Cuello, G. Enfoque Cognitivo – Conductual en Psico-Oncología. Material de Cátedra. [Power Point]. Módulo N° 4. Enfoque Cognitivo – Conductual. Mes de Junio de 2010.
- \* Cuello, G. Psicooncología y Humanización de la Salud. Material de Cátedra. [Power Point]. Módulo N° 6. Psico-socio-oncología. Mes de Agosto de 2009.
- \* De Linares, S., Moratalla, A., Romero, A., de Pablos, J. M., López, P., Navarro, P., Almagro, M., y Jurado, M. (2007). Información, ansiedad y depresión en pacientes sometidos a trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) en un estudio de intervención psicológica. *Psicooncología*, 4(1), 97-109.



- \* Del Valle, C., González Tablas, M.M., Díez, M.A, Vilda, B., y Llorca G. (2003). Estudio de las estrategias de afrontamiento a través de las diferentes fases del proceso de trasplante de médula ósea autólogo. *Psicología Conductual*, 11(2) 293-306. Recuperado de [http://web.usal.es/~delvalle/archivos/psico%20estimulacion/05\\_del\\_Valle\\_293-306.pdf](http://web.usal.es/~delvalle/archivos/psico%20estimulacion/05_del_Valle_293-306.pdf)
- \* Die Trill, M. (2003). *Psico-Oncología*. Madrid: ADES.
- \* Fawzy, N. (1998). Intervenciones Psicoeducacionales. *Psycho-oncology*. Oxford University Press.
- \* Font Guiteras, A. (2003-2006). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en el cáncer. En M. Pérez Álvarez, J. R. Fernández Hermida, C. Fernández Rodríguez e I. Amigo Vázquez. *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la Salud*. (pp. 57- 92). Madrid: Pirámide.
- \* Fundación de Médula Ósea. (s. f.). *Trasplante Alogénico de Médula Ósea o Células Precursoras: Un folleto médico y educativo*. 1-48. Recuperado de: <http://www.bonemarrow.org/resources/espanol.php>
- \* Garcia – Camba de la Muela, E. (1999). *Manual de PSICOONCOLOGÍA*. Madrid: Grupo Aula Médica.
- \* Giunta da Silva, L. M. (2001). *Breve reflexao sobre autocuidado no planejamento de alta hospitalar pós-transplante de medula óssea (TMO): Relato de caso*. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692001000400013&lng=en &nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000400013&lng=en &nrm=iso&tlng=pt)
- \* Hernández Núñez-Polo, M., Lorenzo, R., y Nacif, L. (2009). Impacto Emocional: Cáncer Infantil – Inmigración. *Psicooncología*, 6(2-3), 445-457.
- \* Holland, J. (1998). *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press. Apunte de Cátedra.
- \* Holland, J. y Lewis, S. (2003). *La cara Humana del Cáncer. Vivir con esperanza, afrontar la incertidumbre*. (s.l.): Editorial Herder.
- \* Iglesias, G. y Resala, G. (2009). La monografía: estructura formal y metodológica. Material de Cátedra.
- \* Instituto Nacional del Cáncer (s. f.) *Diccionario de Cáncer*. Recuperado de <http://www.cancer.gov/diccionario>

- \* Instituto Nacional del Cáncer (s. f.). Definición de Leucemia Linfoblástica Aguda. Recuperado de <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/necesita-saber/leucemia/page14>
- \* Instituto Nacional del Cáncer. (2005). *El trasplante de médula ósea y el trasplante de células madre de sangre periférica: preguntas y respuestas*. Recuperado de: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/hojas-informativas/medula-osea-trasplante-respuestas#top>
- \* Lamelo Alfonsín, F., Garcia Campelo, M. R., Charlín Pato, G. y Fernández Calvo, O. (2006). *Efectos secundarios del tratamiento oncológico*, 6 (26), 1-6. Recuperado de: [www.fisterra.com](http://www.fisterra.com)
- \* Mardaras Platas, E. (1980). *La preparación psicológica para las intervenciones quirúrgicas. Psicoprofilaxis Quirúrgica*. Barcelona: ROL.
- \* Mathé, T. M. (s.f.). *Del lado del sol: Una experiencia en la Unidad de Trasplante de Médula*. Recuperado de [www.sps.org.ar/sms/files/Mathe\\_Del\\_lado\\_del\\_sol.doc](http://www.sps.org.ar/sms/files/Mathe_Del_lado_del_sol.doc)
- \* Matsubara, T. C., Carvalho, E. C., Canini, S. R. y Sawada, N. O. (2007, julho/agosto). A crise familiar no contexto do transplante de medula óssea (TMO): Uma revisao integrativa. *Latino-am Enfermagem*, 15(4), 155-161.
- \* Martín Parra, V. y Barraza Illanes, P. (2004). *Objetivos de la intervención psicológica en personas con cáncer*, 71 Recuperado de: [www.cop.es/delegaci/palmas/biblio/salud/salud12.pdf](http://www.cop.es/delegaci/palmas/biblio/salud/salud12.pdf)
- \* Modolell, E., Sanz, J. y Casado, S. (2004). Las emociones en la entrevista en psicooncología. *Psicooncología*, 1(2-3), 205-210.
- \* Moorey, S. y Greer, S. (2002) *Cognitive Behaviour for People with Cancer* (2a ed.) New York: Oxford University Press Inc
- \* Mucci, M. C. (2004). *Psicoprofilaxis Quirúrgica. Una práctica en convergencia interdisciplinaria* (1° ed.). Buenos Aires: Paidós.
- \* Ojeda Martin, M. y Gómez Sancho, M. (2004). Cómo Transmitir Malas Noticias. *Biocáncer*, 1, 1-13.
- \* Pérez Bernal, J. B. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío (2002). *Actualizaciones en Trasplantes*. 181-188. Recuperado de: [http://www.juntadeandalucia.es/.../trasplantes /trasplantes\\_2002.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/.../trasplantes /trasplantes_2002.pdf)

- \* Pontes, L., Brito Guirardello, E. y Gomes Campos, C. J. (2007). Demandas de atenção de um paciente na unidade de transplante de medula óssea. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(1).
  - \* Torres, S., González Bonorino, A. y Vavilova, I. (2010). *La Cita y Referencia Bibliográfica: Guía basada en las normas APA*. (2º ed.). Buenos Aires.
  - \* Uemera Paulino, V., Caselle Paulino, G., Gomes Puga, G. B. y Alahmar Bienchin, M. (2007). *Trasplante de médula ósea: Abordaje de la Terapia Ocupacional*. (6), 1-12. Recuperado de:  
<http://www.revistatog.com/num6/pdfs/original3.pdf>
  - \* Vidal y Benito, M. C. Psiquiatría – Psicología de Enlace. Material de Cátedra. [Power Point]. Módulo N° 3. Psiquiatría en Psico-Oncología II. Mes de Mayo de 2010.
  - \* Vidal y Benito, M. C. (2008). *Psiquiatría y Psicología del Paciente con cáncer* (1º ed.). Buenos Aires: Polemos.
-