

**UNIVERSIDAD DE GRANADA**



**VALORACIÓN DE LA INFLUENCIA DE VARIABLES PSICOLÓGICAS Y  
ESTADOS EMOCIONALES EN LA IMPLANTACIÓN DE PROGENITORES  
HEMATOPOYÉTICOS EN TRASPLANTE DE MÉDULA. EFECTOS DE UN  
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA**

**Soledad De Linares Fernández**

**Programa Oficial de Doctorado**

Investigación Multidisciplinar e Innovación en Procesos de Discapacidad,  
Dependencia y Fin de Vida

**Tesis Doctoral  
Octubre de 2013**

Editor: Editorial de la Universidad de Granada  
Autor: Soledad De Linares Fernández  
D.L.: GR 2291-2014  
ISBN: 978-84-9083-351-3



## **Autorización de los Directores para la presentación de la Tesis Doctoral**

Dra. **M<sup>a</sup> Nieves Pérez Marfil**, Profesora Titular del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Universidad de Granada.

Dr. **Antonio Romero Aguilar**, Facultativo Especialista de Área del Servicio de Hematología y Hemoterapia del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada.

**DECLARAMOS**, como Directores de la Tesis y hasta donde alcanza nuestro conocimiento, que el trabajo ha sido realizado por la doctoranda bajo nuestra dirección y se han respetado los derechos de otros autores a ser citados, cuando se han utilizado sus resultados y publicaciones. Asimismo, el trabajo reúne todos los requisitos de contenido, teóricos, metodológicos y de consideraciones éticas, para ser admitido a trámite, a su lectura y defensa pública, con el fin de obtener el Título de Doctor por la Universidad de Granada, y por lo tanto, **AUTORIZAMOS**, la presentación de la referida Tesis para su defensa de acuerdo con lo previsto en el Real Decreto 99/2011 de 28 de Enero.

Granada, 16 de Septiembre de 2013



**Fdo.: Dra. M<sup>a</sup> Nieves Pérez Marfil**



**Fdo.: Dr. Antonio Romero Aguilar**



## **Informe del Doctorando y de los Directores de la Tesis**

La doctoranda **Soledad De Linares Fernández** y los directores de la tesis **M<sup>a</sup> Nieves Pérez Marfil** y **Antonio Romero Aguilar** garantizamos, al firmar esta tesis doctoral, que el trabajo ha sido realizado por la doctoranda bajo la dirección de los directores de la tesis y hasta donde nuestro conocimiento alcanza, en la realización del trabajo, se han respetado los derechos de otros autores a ser citados, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

Granada, 16 de Septiembre de 2013

### **Doctorando**

**Dña. Soledad De Linares Fernández**



Fdo.:

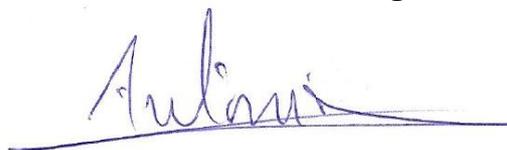
### **Directores de la Tesis**

**Dra. M<sup>a</sup> Nieves Pérez Marfil**



Fdo.:

**Dr. Antonio Romero Aguilar**



Fdo.:



***A mis padres, Juan y Concha  
A mi hija Daniela y a Jesús***



## AGRADECIMIENTOS

---

Quiero agradecer, en primer lugar, a M<sup>a</sup> Nieves Pérez Marfil, directora de este trabajo de investigación, su orientación y enseñanzas en el campo de la investigación en psicología, por su magnífica dirección y compañía a lo largo de los últimos años. Quien me iba a decir que mi “profe” de Personalidad se convertiría en una amiga.

En segundo lugar, quiero mostrar mi más sincero agradecimiento a Antonio Romero Aguilar, codirector de esta Tesis doctoral, por sus enseñanzas en un campo tan complejo como es el Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos.

En tercer lugar, es preciso agradecer a Francisco Cruz Quintana su trabajo y apoyo desde la sombra.

En cuarto lugar agradecer a todos los integrantes y compañeros del Servicio de Hematología y Hemoterapia su inestimable apoyo y colaboración en la realización de este estudio. Más concretamente, a Manuel Jurado Chacón por su apuesta profesional y personal durante todos estos años. A Elisa López, Lucía Moratalla, Paloma García por animarme a seguir y por darme su amistad. A Antonio Moratalla, por hacernos reír a todos. No puedo olvidarme de Pilar López Garrido, por ser mi “mamá” en el mundo de la Hematología, por guiarme y templarme cuando era necesario. A todos los demás compañeros, Jose María De Pablos, Manuel Almagro, Pilar Navarro, Adoración Hernández, Jose Manuel Puerta y demás adjuntos, así como a los ex-residentes y residentes, por contar conmigo para ayudar a sus pacientes.

A Sandra y M<sup>a</sup> Luisa por ser compañeras en “nuestro camino”.

Por supuesto a mi hija Daniela por ser mi motor y mi motivo. A mí marido Jesús, por su apoyo incondicional, compañía y ánimo, por permitirme sentir que el tiempo que les quitaba era un tiempo que repercutiría para bien en ellos.

A mis padres, por confiar siempre en mis posibilidades, por aguantar mis nervios y tensiones en casa y por teléfono. A mis hermanas que desde lejos han sabido escuchar y gestionar mis conflictos guiándome al camino correcto. A mi “Abuelichi” por perdonarme siempre que le quitara su tiempo.

A la Familia Rochina por estar ahí.

A mis amigos “Los Pacos” por abrirme su casa cuando necesitaba un respiro.

Y por último, y no menos importante, a todos mis pacientes, los que están y los que ya no están, por enseñarme lo que en los libros no explican y por ser el motivo de que siga luchando por mi sueño, la Psicooncología. Todo esto es por ellos.

Gracias a todos.



La primera vez que la palabra Psicooncología se cruzó conmigo estaba sentada en un banco de la segunda planta de la Facultad de Psicología de Granada, era el año 2000. Un gran cartel de color verde llamó mi atención, anunciaba la segunda promoción del Máster de Psicooncología de la Universidad Complutense de Madrid. Recordé lo que años antes mi familia había vivido debido a un diagnóstico de cáncer. Me vi hablando con personas que estaban sufriendo, con familias que echaban de menos a sus seres queridos. Y lo tuve claro, mi expediente no me permitió acceder a la medicina, pero la psicología podía permitirme trabajar en un ámbito tan fascinante como el hospitalario. Gracias a mis padres, comencé mi nueva andadura. No fue sencilla, muchas horas de autobús casi todos los fines de semana y entre semana, mis prácticas, en un hospital de verdad, con profesionales de verdad y sobre todo con pacientes de verdad.

Las palabras *counselling*, evacuación emocional, adaptación, afrontamiento, indefensión, etc. comenzaron a formar parte de mi vocabulario diario, pero también otros conceptos como leucemia, linfoma, mieloma, inmunosupresión, progenitores hematopoyéticos, EICH, etc. tan alejados de la psicología y tan unidos por la psicooncología, formaban parte de mi discurso.

Fueron dos años de formación continua, de días muy buenos y de días muy malos. Aprendí a ver los días como mejores o peores, a asumir la muerte tras la lucha y a comprender la dureza en algunas personas como medio de escape. Eran muchos los problemas con los que el personal sanitario debía enfrentarse cada día, y siendo conscientes de ello mi función se realizó desde el principio plenamente integrada en el equipo sanitario, no de forma aislada, sino mediante un *feedback* continuo y mutuo entre todo el personal sanitario y el que consideraban el “nuevo aspirante a miembro”, el psicólogo.

Lo que eran una buenas prácticas se convirtieron en mi objetivo laboral. Tras varios años de trabajo voluntario FIBAO concedió financiación para un proyecto denominado “Intervención psicooncológica de preparación al trasplante de médula ósea”. Eran los primeros pasos de esta investigación. Nuestro objetivo era demostrar cómo a través de una sencilla intervención psicológica antes del trasplante los pacientes podían llevar mejor todo el proceso y así disminuir, algo tan frecuente en nuestro día a día, el sufrimiento.

No fue tan fácil como me planteaba. Investigar a la vez que atender adecuadamente a los pacientes, hacer bien tu trabajo, era una tarea en la que tienes que enfrentarte a cambios constantes. Pacientes que no podían acudir a la sesión, no

se encontraban bien o debían acudir a otros asuntos; pacientes que esa noche no habían dormido y estaban tan cansados que no podían hablar; pacientes que la tarde anterior habían tenido una dificultad, lo que se convertía en el objetivo de la sesión; pacientes que nos derivaban a trasplante y después volvían a su centro de referencia y localizarlos se convertía en una tarea penosa; y pacientes que tras mucha lucha no ganaban la batalla. Los obstáculos eran evidentes, por lo que la batalla para intentar llenar la muestra, esa “n”, suponía modificar criterios iniciales en función de todos los cambios. Pero al final, poco a poco la investigación llegó a su fin. Se tradujo en lo que llamamos PNT-TPH-020, es decir, el Procedimiento Normalizado de Trabajo de “Intervención Psicológica de Preparación a TPH” que está incluido en el protocolo general de la Unidad de Trasplante.

Una de mis funciones a lo largo de todos estos años ha sido y sigue siendo la formación en Habilidades de Comunicación para el personal sanitario. Nos cuestionamos si mejorar estas habilidades en los pacientes podría ayudarles a afrontar mejor el proceso. No eran pocas las veces que escuchaba de los familiares de los pacientes que estos evitaban hablar de sus sentimientos por no hacer sufrir a los que estaban a su lado. Además, estábamos interesados en comprobar si el propio proceso de trasplante produce cambios en la forma de ser de los pacientes, si pasar por un procedimiento como el trasplante, estar aislado, casi sin contacto con el exterior, podría cambiar a la persona, su forma de afrontar las situaciones, de valorar la vida. Pero y si, además, esta forma de ser incide en el propio proceso de implantación de progenitores hematopoyéticos, ¿era posible que características emocionales pudieran estar influyendo en la recuperación de los pacientes en el trasplante? Si éramos capaces de averiguarlo podríamos personalizar la intervención de preparación a trasplante según las necesidades de cada paciente ¿no? ¿Por qué no? Ahí comenzó a madurar esta investigación.

**ÍNDICE**

---



<b>AGRADECIMIENTOS.....</b>	<b>9</b>
<b>PRÓLOGO.....</b>	<b>11</b>
<b>ÍNDICE.....</b>	<b>13</b>
<b>SIGLAS Y ABREVIATURAS .....</b>	<b>19</b>
<b>RESUMEN .....</b>	<b>23</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>31</b>
<b>1.1. TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS (TPH).....</b>	<b>31</b>
1.1.1. Enfermedades candidatas a TPH .....	33
1.1.1.1. Leucemia.....	33
1.1.1.2. Linfoma .....	34
1.1.1.3. Mieloma múltiple .....	35
1.1.2. Procedimiento del TPH.....	36
1.1.2.1. Evaluación preparación a TPH.....	37
1.1.2.2. Procedimiento del TPH.....	37
<b>1.2. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL PACIENTE CANDIDATO A TPH .....</b>	<b>39</b>
1.2.1. Aportaciones desde la Psicooncología .....	39
1.2.1.1. Ansiedad y Depresión .....	40
1.2.1.2. Calidad de vida .....	43
1.2.1.3. Percepción de tiempo .....	45
1.2.1.4. Pensamiento Constructivo .....	46
1.2.1.5. Estrategias de afrontamiento .....	48
1.2.1.6. Locus de control .....	50
1.2.1.7. Afectividad .....	51
1.2.1.8. Supresión emocional .....	52
1.2.2. Psicopatología y su incidencia en el cáncer .....	54
1.2.3. Manifestaciones emocionales durante el procedimiento de TPH.....	56
1.2.3.1. Fase de preparación a TPH .....	57
1.2.3.2. Fase ingreso en TPH.....	58
1.2.3.3. Fase de recuperación domiciliaria.....	58
1.2.4. Intervención Psicooncológica de preparación a TPH.....	60
<b>2. ESTUDIO I: DESARROLLO, APLICACIÓN Y VALORACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOONCOLÓGICA DE PREPARACIÓN AL TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS (TPH).....</b>	<b>67</b>
2.1. Objetivos .....	67

2.2. Hipótesis .....	67
2.3. Metodología .....	68
2.3.1. Diseño .....	68
2.3.2. Participantes.....	68
2.3.3. Instrumentos y medidas.....	71
2.4. Intervención de preparación psicooncológica al TPH .....	73
2.5. Procedimiento .....	75
2.6. Análisis estadísticos.....	79
2.7. Resultados .....	79
2.7.1. Comparación entre grupos en la evaluación inicial .....	79
2.7.2. Diferencias en el Grupo de Intervención, antes y después, del programa de intervención psicológica .....	82
2.7.3. Diferencias entre el Grupo de Intervención y el Grupo Control en función del momento de evaluación (ingreso a TPH y día +100) .....	83
2.7.3.1. Comprensión de la información, estado físico y emocional, relación con equipo sanitario, apoyo social y familiar y percepción del TPH.....	83
2.7.3.2. Niveles de ansiedad-depresión (HADS) y percepción de los niveles de calidad de vida y salud (EORTC.QLQ.C30 V 0.3) .....	86
2.7.4. Diferencias entre el Grupo de Intervención y el Grupo Control en los registros de aislamiento en función del momento de la evaluación (día 0 y día de alta).....	88
2.7.5. Diferencias entre el Grupo de Intervención y el Grupo Control en la evaluación +6 meses.....	92
2.8. Discusión .....	93
2.9. Conclusiones .....	99
<b>3. ESTUDIO II: AMPLIACIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOONCOLÓGICA Y VALORACIÓN DE LA INFLUENCIA DE VARIABLES DE PERSONALIDAD EN LA IMPLANTACIÓN DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS.....</b>	<b>103</b>
3.1. Objetivos.....	103
3.2. Hipótesis .....	104
3.3. Metodología .....	105
3.3.1. Diseño .....	105
3.3.2. Participantes.....	105
3.3.3. Instrumentos y medidas.....	108
3.4. Intervención psicooncológica de preparación a TPH.....	112

3.5. Procedimiento .....	113
3.6. Análisis estadísticos .....	116
3.7. Resultados .....	116
3.7.1 Diferencias entre el Grupo de Intervención Estándar y el Grupo de Intervención Experimental en la evaluación inicial: CAEM-OH .....	116
3.7.2. Diferencias entre el Grupo de Intervención Estándar y el Grupo de Intervención Experimental en función del momento de la evaluación (ingreso a TPH y día +100) .....	117
3.7.3. Diferencias entre el Grupo de Intervención Estándar y el Grupo de Intervención Experimental en el registro de aislamiento .....	125
3.7.4. Diferencias entre el Grupo Pacientes y el Grupo Control Sanos en función del momento de evaluación .....	126
3.7.5. Análisis de la relación entre las dimensiones del Pensamiento Constructivo y las variables indicadoras del curso del trasplante .....	130
3.7.5.1. Análisis de la relación entre las dimensiones del Pensamiento Constructivo y las variables leucocitarias indicadoras del curso del trasplante .	131
3.7.5.2. Análisis de la relación entre las dimensiones del Pensamiento Constructivo y la variable Hemoglobina indicadora del curso del trasplante .....	134
3.7.5.3. Análisis de la relación entre las dimensiones del Pensamiento Constructivo y la variable Plaquetas indicadora del curso del trasplante .....	135
3.8. Discusión .....	135
3.9. Conclusiones.....	143
<b>4. DISCUSIÓN GENERAL Y CONCLUSIONES .....</b>	<b>147</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>157</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>171</b>



## **SIGLAS Y ABREVIATURAS**

---



**AN:** Afectividad Negativa

**AP:** Afectividad Positiva

**APA:** American Psychological Association

**CEC:** Escala de Control Emocional Courtauld

**CI:** Coeficiente Intelectual

**CMAE-OH:** Cuestionario Multidimensional de Adaptación a la Enfermedad para Pacientes Onco-Hematológicos

**CTI:** Inventario de Pensamiento Constructivo

**CV:** Calidad de Vida

**CVRS:** Calidad de Vida Relacionada con la Salud

**DE:** Donante Emparentado

**DNE:** Donante No Emparentado

**DSM-IV:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition

**EICH:** Enfermedad Injerto Contra Huesped

**EMLCS:** Escala Multidimensional de Locus de Control de Salud

**EORTC.QLQ.C30 V 0.3:** Cuestionario Calidad de Vida de European Organization for Research and Treatment of Cancer

**EORTC:** European Organization for Research and Treatment of Cancer

**FIBAO:** Fundación para la Investigación Bio-Sanitaria de Andalucía Oriental

**HAD:** Cuestionario de Ansiedad y Depresión Hospitalaria

**HLA:** Antígeno Leucocitario Humano

**IE:** Inteligencia Experiencial

**LC:** Locus de Control

**LCS:** Locus de Control de Salud

**LH:** Linfoma de Hodgkin

**LLA:** Leucemia Linfoblástica Aguda

**LLC:** Leucemia Linfoblástica Crónica

**LLM:** Leucemia Mielomonocítica

**LMA:** Leucemia Mieloblástica Aguda

**LMC:** Leucemia Mieloblástica Crónica

**LNH:** Linfoma No Hodgkin

**MAC:** Escala de Ajuste Mental (Mental Adjustment to Cancer Scale)

**MM:** Mieloma Múltiple

**PANAS:** Positive and Negative Affect Schedule

**PC:** Pensamiento Constructivo

**PNT:** Procedimiento Normalizado de Trabajo.

**SEOM:** Sociedad Española de Oncología Médica

**SMD:** Síndrome Mielodisplásico

**TEPT:** Trastorno por Estrés Postraumático

**TMO:** Trasplante de Médula Ósea

**TPH:** Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos

**TPHSP:** Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos de Sangre Periférica

**TSCU:** Trasplante de Sangre de Cordón Umbilical

**RESUMEN**

---



El cáncer es considerado en la actualidad una enfermedad bio-psico-social. Como señalan Ibáñez y Soriano (2008), el tratamiento médico no puede cubrir todas las expectativas si no se atienden también los problemas psicológicos que se relacionan con esta enfermedad. En algunas neoplasias onco-hematológicas, entre otras enfermedades, uno de los tratamientos específicos es el Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos (TPH). En este tratamiento el paciente tiene que asumir ciertos riesgos relacionados con el sufrimiento debido a los efectos secundarios, el largo periodo de estancia en aislamiento y la sensación de alejamiento familiar y social. La presente Tesis Doctoral tiene como objetivo ayudar a los pacientes que deben someterse a este procedimiento a adaptarse al mismo de la manera más eficaz y eficiente posible.

Se ha estructurado la tesis en cuatro apartados. Se comienza con una introducción general sobre el procedimiento del trasplante, indicando las patologías neoplásicas candidatas al mismo y el procedimiento general que se sigue en este tratamiento. Posteriormente, se presenta una revisión sobre las aportaciones de la psicooncología en variables relacionadas tradicionalmente con el cáncer, como son la ansiedad, la depresión y la calidad de vida entre otros. En los apartados 2 y 3 se desarrollan los estudios experimentales que conforman este trabajo: “Desarrollo, aplicación y valoración de un programa de intervención psicooncológica de preparación al Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos (TPH)” y “Ampliación del programa de intervención psicooncológica y valoración de la influencia de variables de personalidad en la implantación de progenitores hematopoyéticos”. Por último se realiza una discusión general con todos los aspectos relacionados con este trabajo.

El primer estudio experimental de la Tesis consiste en el desarrollo, aplicación y valoración de un programa de intervención psicooncológica de preparación al Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos (TPH). El objetivo general es determinar el impacto emocional del paciente candidato a TPH y la repercusión de un programa psicológico en el nivel de información, percepción del estado físico y del estado emocional, en las relaciones con el personal sanitario y la familia. Además de analizar su influencia en los niveles de ansiedad y depresión y en la calidad de vida durante su estancia de aislamiento. Por último se valora el malestar emocional durante la fase de aislamiento, a través de la mejora en la percepción subjetiva del paso del tiempo, nivel de actividad, estado de ánimo y sintomatología física.

Participan dos grupos de pacientes candidatos a TPH, uno que recibe un programa de intervención psicooncológica de preparación al trasplante y otro grupo de pacientes sin dicha intervención. El programa de preparación consta de cuatro módulos con contenidos diferentes: análisis y manejo de la información del proceso de trasplante,

fomento de habilidades de afrontamiento según las necesidades del paciente, psicoeducación para el manejo del estrés y preparación para el trasplante a nivel familiar.

Los resultados generales indican que el programa psicológico de preparación al trasplante ayuda a los pacientes a afrontar este proceso de una manera más adaptativa durante la situación de aislamiento, y durante el período de recuperación posterior al trasplante. Se mejoran los niveles de información, el estado físico y emocional, las relaciones familiares y sanitarias. Los pacientes que participan en el programa presentan, además, una menor sintomatología ansiosa y depresiva durante el aislamiento y en el período de recuperación. Por último, se observa una disminución en la percepción de sintomatología física, y se mitigan los niveles de malestar emocional durante la fase de aislamiento, influyendo positivamente en la percepción subjetiva del paso del tiempo, nivel de actividad, estado de ánimo y sintomatología física.

Teniendo en cuenta los resultados anteriores, en el segundo estudio de la Tesis se plantea la mejora del programa de intervención psicooncológica y la valoración de las relaciones entre variables de personalidad y la implantación de progenitores hematopoyéticos. Es decir, se trata de identificar diferencias individuales relacionadas con el afrontamiento a la enfermedad que permitan mejorar el protocolo de actuación psicooncológica de preparación emocional al trasplante, favoreciendo la atención integral de los pacientes onco-hematológicos.

Con este objetivo se amplía el programa de intervención original agregando un módulo de entrenamiento en habilidades de comunicación, comprobando el efecto en percepción del paso del tiempo, nivel de actividad, estado de ánimo y estado físico durante la estancia en aislamiento, además de en el estilo de afrontamiento, niveles ansiedad y depresión, calidad de vida, locus de control, afectividad y supresión emocional. También se plantea el análisis de la posible influencia del procedimiento de trasplante en diferentes variables emocionales de los pacientes, comparándolos con un grupo de participantes sanos. Además, se trata de identificar diferencias individuales que pueden estar relacionadas con el proceso de implantación de progenitores hematopoyéticos. Para ello, se evalúa, antes del ingreso a trasplante, habilidades y reacciones adaptativas claves para el éxito en la vida (Pensamiento Constructivo) y se estudia su relación con los valores de hemograma.

Se establecen dos grupos, uno que recibe el programa de intervención psicooncológica estándar desarrollado y valorado en el estudio anterior, y otro que recibe un módulo adicional de entrenamiento en habilidades de comunicación. En esta ocasión también se cuenta con la valoración del grupo de sujetos sanos que cumplimentan los mismos instrumentos de evaluación con un intervalo de tiempo de 100

días, semejante al tiempo transcurrido en los grupos de intervención, controlándose que en el transcurso de estos 100 días no hubiera ocurrido un acontecimiento vital estresante.

Los resultados demuestran que el módulo de entrenamiento en habilidades de comunicación aumenta los beneficios del programa psicológico de preparación al trasplante reduciendo el malestar asociado a la inhibición emocional. Por otra parte, el TPH conlleva cambios emocionales en los pacientes, en concreto, disminuye la Intolerancia, aumenta el Locus de Control Interno, aumenta el Afecto Negativo y, mejora la expresión emocional del enfado, preocupación y tristeza. Por último, se comprueba que existen relaciones entre las diferencias individuales y proceso de implantación de progenitores hematopoyéticos. El pensamiento supersticioso, la ilusión, la eficacia y el pensamiento esotérico se relacionan con la implantación medular.



## **INTRODUCCIÓN**

---



## 1. INTRODUCCIÓN

En este apartado se realiza, en primer lugar, una introducción general sobre el procedimiento del trasplante, indicando las patologías neoplásicas candidatas al mismo y el procedimiento general que se sigue en este tratamiento. En segundo lugar, se desarrolla una revisión sobre las aportaciones de la psicooncología en variables relacionadas con el cáncer y seleccionadas en los estudios de esta Tesis, para continuar con la incidencia de psicopatología asociada a la enfermedad neoplásica. Por último, se realiza una descripción sobre las manifestaciones emocionales específicas durante el procedimiento de Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos.

### 1.1. Trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH)

El Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos (TPH) es una modalidad de tratamiento para una serie de enfermedades malignas y no malignas. Es un proceso mediante el cual, la médula ósea no funcionante, deficiente o con células malignas, es eliminada usando altas dosis de quimioterapia, seguida de la infusión de células madre hematopoyéticas por vía intravenosa, para restablecer la función hematológica e inmunológica de los pacientes (Carreras *et al.*, 2006).

El TPH es un procedimiento médico complejo y se asocia con un alto riesgo de muerte, por diversas complicaciones (infecciones, hemorragias, fallo del implante, etc.), así como con una morbilidad física significativa, una convalecencia prolongada y aislamiento social; además, existe un riesgo potencial para la morbilidad psicológica (Asensio, 2011). A pesar del alto riesgo de este tratamiento se estima que cada año se efectúan alrededor de cincuenta mil procedimientos en el mundo con resultados satisfactorios que van desde el 60 al 85% de éxitos. Ante estas consideraciones, es necesario contar con una adecuada evaluación médica, psicológica, social, familiar y económica que evite complicaciones que contraindiquen o afecten el proceso de trasplante.

La médula ósea es un material blando parecido a una esponja que se encuentra en el interior de los huesos. Contiene células maduras e inmaduras, estas últimas son las denominadas células madre hematopoyéticas, que se dividen para crear más células madre y/o se transforman en una de las clases de células sanguíneas maduras: glóbulos blancos que combaten la infección, glóbulos rojos que transportan el oxígeno, o plaquetas que ayudan a la coagulación. La mayor parte de las células madre hematopoyéticas se encuentran en la médula ósea, pero también están presentes en el torrente sanguíneo (células madre de sangre periférica) y en el cordón umbilical (Carreras *et al.*, 2006).

Las células que provienen de cualquiera de estas fuentes se pueden usar para realizar trasplantes. En el Trasplante de Médula Ósea (TMO) los progenitores hematopoyéticos son extraídos directamente de la médula ósea, mientras que en el Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos de Sangre Periférica (TPHSP) los progenitores que se extraen provienen del torrente circulatorio. Ambos son procedimientos que restauran las células madre que fueron destruidas a causa de una dosis alta de quimioterapia y/o de radioterapia. Según la relación entre donante y receptor hay tres tipos de trasplantes: 1. Trasplante autólogo, los pacientes reciben sus propias células madre. 2. Trasplante singénico, los pacientes reciben las células madre de gemelo idéntico. 3. Trasplante alogénico, los pacientes reciben las células madre de otra persona, familiar (donante emparentado, DE), o no familiar (donante no emparentado, DNE). Hay que diferenciar también entre aquellos en donde donante y receptor son idénticos en el sistema HLA (antígeno leucocitario humano, proteína específica que se encuentra en la superficie de los glóbulos blancos, que ayudan al sistema inmunitario del cuerpo a diferenciar entre sus propias células y sustancias extrañas y dañinas) y aquellos en donde hay alguna disparidad entre ellos. Así mismo, se pueden utilizar las células madre presentes en el cordón umbilical (TSCU) (Ruiz, 2009).

El TPH permite que los pacientes reciban dosis muy altas de quimioterapia y/o radioterapia. Estas afectan por lo general a las células que se dividen rápidamente como las células cancerosas. Sin embargo, dado que las células de la médula ósea también se dividen rápidamente, los tratamientos a dosis altas pueden dañar gravemente e incluso destruir la hematopoyesis del paciente. Sin una médula ósea sana, el paciente ya no podrá crear los glóbulos sanguíneos necesarios para transportar oxígeno, para combatir la infección y evitar las hemorragias. El TPH reemplaza las células madre destruidas por el tratamiento, restaurando la capacidad de la médula ósea (Ruiz, 2009).

Otro mecanismo de acción frente a las enfermedades neoplásicas, relacionado directamente con el TPH, es el efecto del injerto contra tumor, en el cual las células inmunes del donante detectan a las células tumorales y las atacan. Si bien esto es una ventaja de los trasplantes alogénicos, presenta como inconveniente principal la denominada Enfermedad Injerto Contra Huésped (EICH), que ocurre cuando los glóbulos blancos del donante (injerto) identifican las células en el cuerpo del paciente (el huésped) como extrañas y las atacan. Esta complicación puede surgir en las primeras semanas tras el trasplante (EICH aguda) afectando a piel, hígado y tubo digestivo, o más tarde (EICH crónica), pudiendo perjudicar a prácticamente cualquier órgano. Si se presenta la EICH puede ser un problema muy grave que puede llevar a poner la vida de

los pacientes en riesgo. Para evitar esta complicación, el paciente recibe medicamentos para suprimir el sistema inmunitario (Gómez y Rodas-Díaz, 2012).

### 1.1.1. Enfermedades candidatas a TPH

Las principales enfermedades susceptibles a la realización de un TPH son las hemopatías malignas, aunque también se han empleado en algunos tumores sólidos y en un buen número de enfermedades hereditarias que afectan a células hematopoyéticas (ver Tabla 1).

**Tabla 1:**

**Relación de enfermedades candidatas a realización de Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos (Vose y Pavletic, 2011)**

<b>LEUCEMIAS</b>	<b>INMUNODEFICIENCIAS PRIMARIAS</b>
Leucemia linfoblástica aguda (LLA)	Inmunodeficiencia severa combinada
Leucemia mieloide aguda (LMA)	Síndrome de Wiskott-Aldrich
Leucemia linfática crónica (LLC)	Enfermedad granulomatosa crónica
Leucemia mieloide crónica (LMC)	
Leucemia mielomonocítica (LMM)	
<b>LINFOMAS</b>	<b>OTRAS ENFERMEDADES HEREDITARIAS</b>
Enfermedad de Hodgkin	Anemia falciforme
Linfomas no-Hodgkin	Anemia de Fanconi
	Osteopetrosis
	Talasemia
<b>MIELOMA MÚLTIPLE</b>	<b>ENFERMEDADES POR DEPÓSITO</b>
<b>SÍNDROMES MIELODISPLÁSICOS (SMD)</b>	Adrenoleucodistrofia
<b>TUMORES SÓLIDOS</b>	Síndrome de Hurler
Sarcoma de Ewing	Enfermedad de Krabbe
Neuroblastoma	Leucodistrofia metacromática
Carcinoma de células renales	Síndrome de Maroteaux-Lamy
Tumores cerebrales	Anemia aplásica

A continuación se describen las principales patologías hematológicas candidatas a la realización de un TPH más frecuentes en el trabajo que aquí se presenta.

#### 1.1.1.1. Leucemia

La leucemia es un grupo de enfermedades malignas de la médula ósea (cáncer hematológico) que provoca un aumento incontrolado de leucocitos en la misma (Pavletic *et al.*, 2005). Puede ser clasificada en función del tipo de células que se ven afectadas.

a. **Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA).** En este caso, las células madre de la médula que deben madurar y convertirse en linfocitos, no lo hacen, y se convierten en linfoblastos que, además de no combatir las infecciones, dejan menor espacio para el resto de glóbulos blancos, los glóbulos rojos y las plaquetas sanas.

b. **Leucemia Mieloide Aguda (LMA)**. Se caracteriza por la rápida proliferación de células anormales, los denominados mieloblastos, que se acumulan en la médula ósea e interfieren en la producción del resto de series medulares.

Existen otros tipos de leucemia como la Leucemia Linfóide Crónica (LLC) y la Leucemia Mieloide Crónica (LMC) incluida dentro de los síndromes mieloproliferativos crónicos, sin embargo, las dos descritas anteriormente son las únicas que se presentan en esta investigación.

El tratamiento recomendado en este tipo de neoplasia hematológica es la quimioterapia, en la que se emplean diversos medicamentos destinados a destruir las células leucémicas. Dicho tratamiento tiene tres fases: la de inducción a la remisión, la de consolidación y la de mantenimiento. En la primera fase se intenta destruir la mayor cantidad de células malignas. Cuando esto ocurre los síntomas de la leucemia desaparecen. En ciertas ocasiones la remisión puede ser parcial, por lo que algunos síntomas no desaparecen del todo. La mayoría de las leucemias requieren un TPH alogénico, emparentado o no emparentado (Sánchez *et al.*, 2012).

#### 1.1.1.2. Linfoma

El linfoma es una proliferación maligna de linfocitos (células defensivas del sistema inmunitario), generalmente dentro de los nódulos o ganglios linfáticos, pero que pueden afectar a cualquier tejido dado que los linfocitos están presentes en todos los órganos (Dunleavy y Wilson, 2009). Durante el desarrollo de esta enfermedad, se produce una merma en el funcionamiento del sistema inmunitario, que puede ser más severa cuanto más se haya diseminado la enfermedad. Además, si la médula ósea se ha visto afectada, pueden producirse anemia u otros cambios en las células de la sangre. Por regla general, los linfomas se presentan como ganglios linfáticos aumentados de tamaño, que cuando aparecen en zonas accesibles como el cuello, las axilas o la ingle, se pueden palpar evidenciando su tamaño aumentado. En otras ocasiones, los ganglios afectados son internos (abdomen, mediastino, etc.) y pueden pasar desapercibidos, por lo que el diagnóstico es más difícil, y sólo se consigue cuando aparecen otros síntomas por compresión de órganos cercanos o síntomas generales como fiebre o pérdida importante de peso, que obligan a realizar estudios más exhaustivos. En la actualidad, los linfomas se clasifican dependiendo del tipo de linfocito del que se originan, linfocitos B o T (Swerdlaw *et al.*, 2008)

Clásicamente se diferenciaban 2 tipos de Linfoma.

- a. **Linfoma de Hodgkin o Enfermedad de Hodgkin (LH)**. Es una proliferación linfomatosa caracterizada por la presencia de células reticulares atípicas con presencia de unas células diagnósticas llamadas

Células de Reed-Sternberg. El Linfoma de Hodgkin se disemina de una forma ordenada, es decir, de un grupo ganglionar a los otros, según la disposición de la circulación linfática; después pueden afectar al bazo, hígado, médula ósea, etc..

**b. Linfoma no Hodgkin (LNH).** Se denomina de este modo a los linfomas que no presentan las características típicas de los Linfomas de Hodgkin. Si bien, como ya se ha comentado las clasificaciones actuales, se dividen según el tipo de linfocito del que se originan. De hecho, es un término que incluye muchas formas diferentes de linfoma, cada uno con sus características individuales. La etiología de la mayoría de los LNH es desconocida. Algunos tipos están asociados a virus o bacterias. Por ejemplo, el Linfoma de Burkitt, linfoma de célula NK/T extranodal y la mayoría de linfomas relacionados con el SIDA están asociados al virus de Epstein-Barr o el linfoma de las células T adultas/leucemia, está causado por el virus HTLV-1. El linfoma del estómago (linfoma extranodal de zona marginal de células B) es a menudo ocasionado por la bacteria *Helicobacter*.

Además de las clasificaciones morfológicas, se clasifican los linfomas según su comportamiento clínico. De esto modo se diferencian entre linfomas indolentes que son neoplasias de lento crecimiento que pueden no producir síntomas en periodos prolongados e incluso remitir espontáneamente, y linfomas agresivos que crecen más rápidamente, los pacientes presentan síntomas muy precozmente, siendo la esperanza de vida de semanas o meses. Afortunadamente, la mayoría de los linfomas agresivos y altamente agresivos responden bien a la quimioterapia.

En la actualidad, la base del tratamiento de los linfomas son la quimioterapia y la radioterapia, aunque están apareciendo otras modalidades terapéuticas prometedoras. Es muy importante realizar un diagnóstico preciso y un buen estudio de extensión de la enfermedad, que nos permitan tener todos los datos necesarios para decidir el tratamiento más adecuado, incluyendo el TPH (De Toledo *et al.*, 2012).

### **1.1.1.3. Mieloma múltiple**

Es un tipo de cáncer de la médula ósea en el que existe una proliferación anormal de células plasmáticas (Durie *et al.*, 2006). Dichas células de la sangre producen los anticuerpos (inmunoglobulinas) que nos defienden de infecciones y otras sustancias extrañas (antígenos). Se engloba dentro de los cuadros denominados gammapatías monoclonales. En el Mieloma Múltiple (MM) se produce de forma continua

y en cantidad mayor a la habitual, un anticuerpo o componente monoclonal (proteína M) que se puede detectar en el suero y/o en la orina del paciente. Es una enfermedad relativamente frecuente que incide principalmente en personas mayores de 50 años y es responsable del 10% de los cánceres hematológicos. El objetivo principal de cualquier terapia tumoral es contener la enfermedad al máximo posible. En el caso del mieloma múltiple, sólo puede alcanzarse una curación permanente en pacientes con una afección localizada (plasmocitoma extramedular, plasmocitoma solitario) y en pacientes más jóvenes, después de un TPH alogénico. Por lo demás, con los métodos actuales, el mieloma múltiple no tiene curación. La finalidad de la terapia por lo tanto es alargar la vida y optimizar su calidad, contribuyendo sustancialmente a ello el TPH autólogo (Charlot-Lambrecht *et al.*, 2012).

### 1.1.2. Procedimiento del TPH

En el caso de las hemopatías malignas, la base racional del TPH depende de si es autólogo o alogénico. En el primer caso, se persigue la eliminación de los clones malignos mediante quimioterapia (con o sin radioterapia) a dosis elevadas (mieloablativas). En estos pacientes, el trasplante debe realizarse para rescatar su hematopoyesis de una aplasia potencialmente mortal, y no se busca un efecto del injerto contra el tumor. Tras los TPH autólogos, el implante suele ser rápido y no suelen producirse complicaciones inmunológicas, si bien tienen como inconveniente una mayor tasa de recaídas de la enfermedad de base.

En los TPH alogénicos, además de eliminar el máximo número de células malignas mediante la quimioterapia (con o sin radioterapia) también es decisiva la aloreactividad, es decir, la respuesta por parte de las células inmunitarias del donante frente a las malignas del receptor. Es el llamado efecto «injerto contra leucemia o contra tumor» que en muchos casos llega a erradicar las células malignas y se asocia a una menor tasa de recaídas que en los trasplantes autólogos. Sin embargo, la otra cara de la aloreactividad es la respuesta inmunitaria frente a antígenos presentes en otros tejidos del receptor (hígado, tubo digestivo, piel), lo que clínicamente se traduce en la llamada enfermedad del Injerto Contra Huésped (EICH) (Gómez y Rodas-Díaz, 2012)

El procedimiento que se lleva a cabo para obtener los progenitores hematopoyéticos varía según la fuente de éstos. En el caso del TMO, es a través de la inserción de agujas en el área del hueso pélvico la forma en la que se llega hasta la médula ósea para extraerla del hueso. En cambio, las células madre de sangre periférica que se usan en los TPHSP provienen del torrente sanguíneo. La aféresis o leucocitaféresis es el procedimiento utilizado para obtener las células madre de sangre

periférica para el trasplante. Durante cuatro o cinco días, antes del procedimiento, se administra un medicamento para aumentar el número de estas células que entran en el torrente sanguíneo. Durante la aféresis, se extrae la sangre por vía venosa, pasando la sangre por una máquina que separa las células madre. La sangre que queda se regresa al donante y se guardan las células que se hayan obtenido (Ruiz, 2009).

El mayor riesgo de ambos tipos de TPH (autólogo y alogénico) es la gran susceptibilidad a la infección y a las hemorragias a causa del tratamiento anticanceroso con dosis altas. Por ello, se administran al paciente antibióticos para evitar o tratar la infección. También pueden ser necesarias transfusiones de plaquetas para evitar las hemorragias, y de glóbulos rojos para tratar la anemia. Los pacientes que reciben un TPH pueden tener efectos secundarios a corto plazo como náuseas, vómitos, fatiga, falta de apetito, mucositis, caída del pelo y reacciones de la piel. Debido sobre todo al riesgo de infecciones, los pacientes realizan el proceso de trasplante en habitaciones aisladas con presión positiva (que permite que el aire salga de la habitación e impide que ingrese el mismo desde el exterior), permitiendo así su aislamiento de infecciones externas. Los riesgos potenciales a largo plazo están relacionados con los efectos derivados de los tratamientos de quimioterapia o de radioterapia realizados antes del trasplante. Estos riesgos incluyen la infertilidad, cataratas, cánceres secundarios y daño al hígado, riñones, pulmones o corazón (Ruiz, 2009).

#### **1.1.2.1. Evaluación preparación a TPH**

El procedimiento de TPH comienza con una evaluación general del paciente con el fin de determinar su estado físico, incluyendo pruebas hepáticas, pulmonares y cardíacas, entre otras. Posteriormente, se procede a la movilización de las células madre a través de la estimulación de su producción y su liberación a sangre periférica, mediante el uso de quimioterapia y/o factores de crecimiento hematopoyético. Es mediante el proceso de aféresis por el que se logra dicha recolección almacenándose hasta el momento del trasplante. En el caso de un trasplante alogénico, la valoración y la aféresis se le realiza al donante. Todo este proceso se realiza de forma ambulatoria, y/o en ingreso, fuera de la unidad de trasplante.

#### **1.1.2.2. Procedimiento del TPH**

Una vez preparado el paciente se procede a su ingreso en aislamiento en la unidad de trasplante donde se desencadenan una serie de etapas independientemente del tipo del trasplante al que deben someterse (ver Figura 1).

**a. Acondicionamiento.** Consiste en administrar dosis extremadamente altas de quimioterapia con el propósito de eliminar la enfermedad maligna, inmunosuprimir al paciente en el caso de trasplante alogénico para evitar el rechazo de los progenitores del donante y crear un espacio en la cavidad medular para la proliferación de las células madre trasplantadas. En esta fase, el paciente se encuentra ingresado en la unidad de trasplante, en condiciones de aislamiento relativo. Son los días denominados “negativos” (-5, -4, -3..... 0).

**b. Infusión de progenitores hematopoyéticos.** En el denominado Día 0 (después del acondicionamiento) se realiza la infusión de células madre, infundiéndose al paciente por vía venosa.

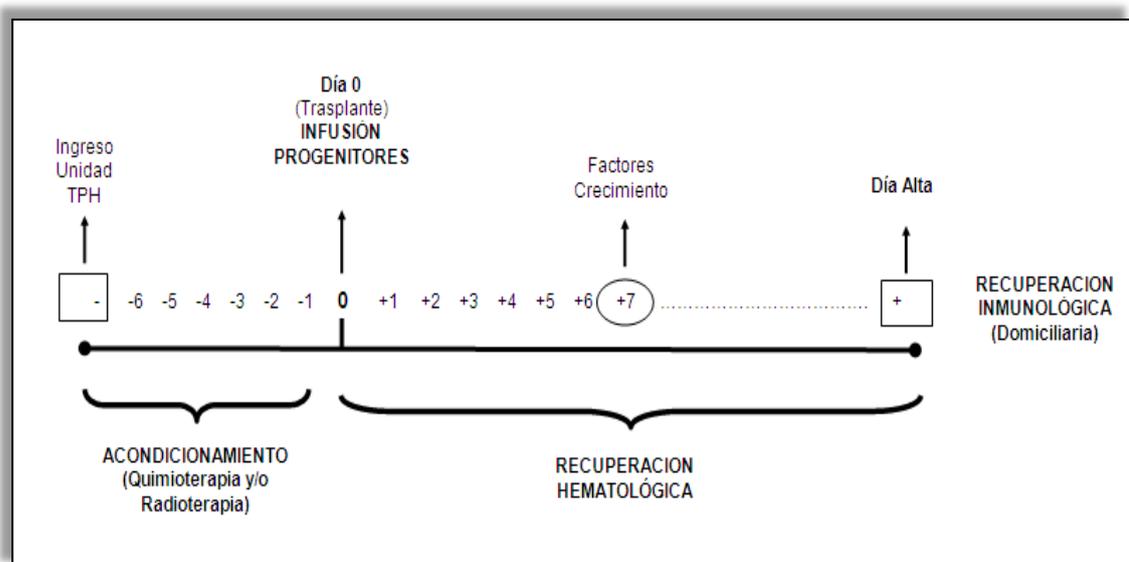
**c. Recuperación.** De forma general la recuperación del paciente ocurre en dos fases.

- **Recuperación hematológica.** En los días posteriores a la infusión de progenitores, los denominados días positivos +1, +2, +3, ..., los pacientes suelen presentar mayor sintomatología física, debido al tratamiento de acondicionamiento (náuseas, vómitos, mucositis, etc.), y/o a la inmunosupresión (infecciones, fiebre, etc.). Por ello, el paciente requiere de profilaxis ante las posibles complicaciones víricas, bacterianas y por hongos, además de transfusiones de sangre y plaquetas, y un aislamiento total. El tiempo de implantación de progenitores hematopoyéticos se define como el tiempo necesario para que la médula ósea implantada sea capaz de producir una cantidad suficiente de elementos sanguíneos (Ruiz, 2009). Se consideran distintos valores según qué elementos sanguíneos: para neutrófilos, una cifra superior a 500/ul, para plaquetas una cifra superior a 20.000/ul y, aunque menos usado, para hematíes una cifra de hemoglobina, sin transfusiones, superior a 8g/dl. Estos son los niveles mínimos para los que el riesgo de muerte del paciente disminuyen ostensiblemente y permite retirar el estricto aislamiento impuesto anteriormente. A partir del día +7 se inicia el tratamiento con factores de crecimiento de granulocitos que favorecen una más rápida recuperación de estas células lo que disminuye los días de neutropenia severa y por tanto los días de alto riesgo infeccioso. El alta suele ocurrir entre los días +14 y +20 del trasplante cuando los niveles leucocitarios se normalizan y los pacientes no presentan otros síntomas debido al proceso (fiebre, EICH, complicaciones por infecciones, etc.). La media de estancia en la unidad de trasplante, teniendo en

cuenta las etapas de acondicionamiento e infusión de progenitores, va desde los 21 días en trasplantes autólogos, hasta los 25 días en los trasplantes alogénicos.

- **Recuperación inmunológica.** Tras el alta, todos los pacientes requieren en esta fase de controles analíticos durante un largo periodo de tiempo, ya que la plena recuperación funcional inmune ocurre entre los seis meses y varios años, sobre todo en los trasplantes alogénicos. Se hace por tanto necesario un seguimiento más exhaustivo para diagnosticar y tratar la EICH con visitas continuas ambulatorias. Todos los pacientes deberán tomar, además, medidas relacionadas con la alimentación, higiene personal, haciéndose imprescindible, una buena adherencia terapéutica.

**Figura 1:**  
**Procedimiento general del Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos**



## 1.2. Aspectos psicológicos del paciente candidato a TPH

### 1.2.1. Aportaciones desde la Psicooncología

La *Psicooncología* tiene como objetivo general la prevención, diagnóstico, evaluación, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y etiología del cáncer, así como la mejora de las competencias comunicativas y de interacción de los sanitarios, además de la optimización de los recursos para promover servicios oncohematológicos eficaces y de calidad (Cruzado, 2003). Sus objetivos van desde la intervención aplicada al paciente, las familias y el personal sanitario, a la prevención e investigación de la influencia de factores psicológicos relevantes en el proceso antineoplásico, e incluyen la

optimización de la mejora del sistema de atención sanitaria (Duro *et al.*, 2012; Infante *et al.*, 2013).

El foco de interés de la *Psicooncología* es estudiar los distintos modos de afrontamiento y las estrategias terapéuticas más útiles para mejorar la calidad de vida del paciente. En el cáncer se dan una serie de circunstancias que son fuente de malestar psicológico: su naturaleza crónica, la incertidumbre ante su evolución, los efectos secundarios de los tratamientos que habitualmente se utilizan para su control y el significado social de la palabra cáncer (Costanzo *et al.*, 2009; León *et al.*, 2012). Ante la cronicidad, la persona tiene que “aprender” a convivir con la enfermedad, modificando sus esquemas habituales de funcionamiento y poniendo en marcha sus recursos de afrontamiento.

Desde el modelo de sufrimiento desarrollado por Bayés *et al.* (1996), una persona sufre cuando experimenta o teme que le acontezca un daño, físico o psicológico, que valora como una amenaza importante para su existencia o integridad personal y, al mismo tiempo, cree que carece de recursos para hacer frente adecuadamente a estas amenazas. El mayor o menor impacto psicológico se producirá en función del resultado del balance entre las amenazas y los recursos percibidos por el paciente y familia. El nivel de sufrimiento está modulado, en gran medida, por el estado de ánimo de la persona (Costa *et al.*, 2009).

Las guías del *National Cancer Institute* (2009) definen la adaptación psicosocial, o ajuste al cáncer, como un proceso prolongado en el tiempo, a través del cual el paciente oncohematológico trata de conducir el sufrimiento emocional, solventar los problemas concretos relacionados con la enfermedad y ejercer cierto manejo sobre las circunstancias que van surgiendo en torno a la dolencia. Como afirman Barroilhet *et al.* (2005), la adaptación a este evento tampoco será un acontecimiento aislado en el tiempo, sino que se tratará de una serie continua de respuestas y esfuerzos por parte del enfermo, por reajustar su comportamiento ante los continuos cambios internos y externos que implica padecer cáncer.

A continuación se incluye un resumen de las aportaciones que desde la *Psicooncología* se llevan a cabo y están relacionadas directamente con el trabajo que aquí se presenta.

#### **1.2.1.1. Ansiedad y Depresión**

La *ansiedad* y la *depresión* son dos de las variables más estudiadas desde el campo de la *Psicooncología* que están relacionadas directamente con el sufrimiento. El diagnóstico de cáncer y la evolución de la propia enfermedad genera, frecuentemente, un malestar emocional (*distress*) importante, ya que suele afectar al paciente

globalmente, tanto a nivel físico, como psíquico y social. Por ello, la adaptación del paciente a su nuevo entorno es difícil y genera reacciones ansiosas y depresivas. Aproximadamente entre un 25% y 50% de los pacientes onco-hematológicos presentarán algún trastorno psiquiátrico a lo largo de la enfermedad, siendo el más frecuente un trastorno adaptativo con ánimo depresivo (Cruzado, 2010). Muchos de estos trastornos no se tratan porque no son diagnosticados, ya que los síntomas observados suelen considerarse reacciones “normales” a la enfermedad o consecuencia de los propios tratamientos antineoplásicos (Cruzado *et al.*, 2007; Maté *et al.*, 2004).

El *distress* abarca un amplio abanico de sentimientos, que incluyen desde la vulnerabilidad, la tristeza y el miedo, hasta problemas más incapacitantes, como la depresión, la ansiedad, el pánico, el aislamiento social y crisis espirituales (Enskar y Von Essen, 2007). Se identifican como momentos especialmente sensibles, o con alto grado de *distress* emocional, el diagnóstico inicial, los efectos secundarios como consecuencia de los distintos tratamientos, la recidiva y la fase terminal. En cuanto a síntomas somáticos del *distress* algunos autores incluyen la pérdida de apetito, la dificultad para conciliar el sueño, la pérdida de peso o la falta de apetito, mientras que otros los consideran efectos secundarios de los tratamientos (Moscoso y Knapp, 2010; Moscoso *et al.*, 2012).

La *ansiedad* se puede manifestar en todas las fases de la enfermedad: en el momento del diagnóstico de la enfermedad neoplásica o de la recidiva, cuando el paciente está esperando el nuevo tratamiento, durante el mismo y en los estadios avanzados o terminales. No obstante, parece esperable que la *ansiedad* aumente conforme empeora la gravedad y el pronóstico de la enfermedad (García-Viniegras y González, 2007; Pintado *et al.*, 2010). En la clínica diaria se observa que los pacientes en estadios precoces de la enfermedad, o incluso con pronósticos favorables, también pueden desencadenar intensas manifestaciones de *ansiedad* (Rodgers *et al.* 2005; Spielberger y Reheiser, 2009).

La *ansiedad* es la anticipación aprensiva de un mal o desgracia futura, acompañado de un sentimiento de disforia o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del mal anticipado puede ser interno o externo. Las manifestaciones pueden presentarse a nivel somático, cognitivo y/o conductual. Entre las manifestaciones somáticas se han descrito, entre otras, alteración del ritmo cardíaco, ahogo, disnea, opresión torácica, náuseas, vómitos, mareos, dolor de cabeza, tensión, sudor, escalofríos, temblores, cansancio, dolor, insomnio, falta de apetito, reducción de la libido. A nivel cognitivo son frecuentes los pensamientos negativos, distorsionados y recurrentes, el miedo a la muerte y a la dependencia, la sobregeneralización y magnificación de los aspectos negativos, la indefensión, los pensamientos de culpa y, el

miedo a perder el control, etc. Por último, entre las manifestaciones conductuales puede aparecer aislamiento social, evitación de impulsos como adherencia al tratamiento, irritabilidad, mutismo, verborrea, inquietud, hiperactividad, etc. (Passik *et al.*, 2010).

En el paciente oncohematológico es posible encontrar síntomas y señales de *ansiedad* que pueden generar un gran malestar emocional pero que no llegan a cumplir los criterios de trastorno específicos. Entre los factores de riesgo que pueden favorecer la aparición de *ansiedad* se han incluido la personalidad ansiosa del individuo, el estadio de la enfermedad (cuánto más avanzado, más ansiedad), factores orgánicos (ansiedad debida a la enfermedad), el tratamiento antineoplásico (la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia) y la respuesta del tumor (Karademas *et al.*, 2007).

Por otra parte, la *depresión* es un trastorno del estado de ánimo que aparece asociado al cáncer. Su presencia varía entre el 1% y el 38% según los estudios (Massie *et al.*, 2010), aunque la mayoría consideran que, aproximadamente, el 25% de los pacientes oncohematológicos puede desarrollar un trastorno depresivo (Mitchell y Coyne, 2007; Mitchell *et al.*, 2008). Por otra parte, también parece influir el tipo de tumor, de manera que, los tumores más asociados a la *depresión* son el cáncer orofaríngeo (con una prevalencia que oscila entre el 22-57%), el pancreático (33-50%), el cáncer de pulmón (11-44%) y el cáncer de mama (1-46%). Por el contrario, las tasas de prevalencia menores se encuentran en el cáncer de colon (13-25%), el ginecológico (13-23%) y el linfoma (8-19%) (Massie *et al.*, 2004).

Por tanto, son muchos los factores asociados con la probabilidad de que aparezca sintomatología depresiva, uno de ellos, como se ha señalado anteriormente es el tipo de cáncer, pero también se ha incluido las diferencias debidas a la edad, el sexo, el tiempo transcurrido desde el diagnóstico, la capacidad de controlar el dolor, dificultades socioeconómicas, el grado de deterioro físico, la duración de la hospitalización, la relación con los factores neurofisiológicos derivados del tratamiento o del mismo proceso tumoral e incluso a la propia definición de depresión (Rodríguez *et al.*, 2007). Por último, Maté *et al.* (2004) también incluyen la influencia de las condiciones médicas (farmacológicas y disfunciones metabólicas), los antecedentes de depresión y el estado de ánimo del individuo, el consumo de sustancias tóxicas (alcohol, drogas, etc.), la falta de apoyo social, o las pérdidas recientes.

Si se tienen en cuenta la variedad de factores considerados de riesgo en el desarrollo de un trastorno depresivo en pacientes con cáncer, no es sorprendente que, en este contexto, existan diferentes líneas de investigación. Por un lado, se ha examinado la relación entre los síntomas depresivos y el funcionamiento del sistema inmunológico. Capuron y Dantzer (2003), encontraron una relación entre síntomas depresivos y la activación de citocinas en pacientes con cáncer y un determinado tipo de

tratamiento (basado en IL-2), e Irwin y Miller (2007), comprobaron que en los individuos deprimidos se reducía la actividad de las células *Natural Killer*.

Por otra parte, se ha tratado de demostrar que la aparición de la *depresión* podría estar relacionada con la falta de recursos adaptativos y el estilo de afrontamiento de la persona a la nueva situación. También se apunta que los estilos de afrontamiento utilizados por los pacientes con características depresivas se mantienen una vez superado el episodio depresivo. Finalmente, otros estudios intentan relacionar variables de personalidad con *depresión* y cáncer (Rodríguez *et al.*, 2007), e incluso introducir nuevas formas e intervenciones de psicoterapia de tipo existencial (Andersen *et al.* 2007; Seligman *et al.*, 2005;).

Fischer y Wedel (2012) establecen que entre los factores de riesgo psicosocial de *depresión* en los pacientes oncohematológicos se encuentran: pobres habilidades de afrontamiento, escaso apoyo social, presencia de preocupación ansiosa, una edad temprana y una historia previa de problemas psicológicos. Lo anterior se une a que la *depresión* suele acompañarse de pensamientos negativos intrusivos relacionados con temas de enfermedad y muerte (Tedeschi y Calhoun, 2004) lo que a su vez parece facilitar el mantenimiento por parte de la persona de estrategias poco adaptativas.

#### **1.2.1.2. Calidad de vida**

Uno de los constructos relacionados con el bienestar psicológico en la población con cáncer es la *calidad de vida* (CV); su inclusión se relaciona con los cambios descritos en el perfil epidemiológico y con la participación cada vez mayor de los pacientes en la toma de decisiones relacionadas con el cuidado de su salud y su bienestar (Díaz, 2010).

La CV es un constructo multidimensional que puede definirse como el estado de satisfacción general. Es la sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social, que incluye aspectos subjetivos, como intimidad, expresión emocional, seguridad percibida, productividad personal y salud percibida y, aspectos objetivos que refieren la disponibilidad de bienes y servicios, bienestar material, relaciones armónicas con el ambiente físico, social y con la comunidad, y salud objetivamente percibida (Gercovich *et al.* 2012; Lemieux *et al.*, 2008). Se pueden diferenciar dos componentes, uno cognitivo (satisfacción vital) y otro afectivo (presencia de sentimientos positivos o felicidad) (Libralli *et al.*, 2011).

Por su parte la *Calidad de Vida Relacionada con la Salud* (CVRS) puede definirse específicamente como el grado subjetivo de bienestar, atribuido o asociado a la carencia de síntomas, al estado psicológico y a las actividades que desea y puede realizar una persona (Ruiz y Pardo, 2005). Además, es la medida en que habitualmente

el bienestar físico, emocional y social es afectado por una condición médica o su tratamiento. La evaluación de la CVRS requiere prestar atención a varias dimensiones, incluyendo las preocupaciones físicas (por ejemplo, síntomas), la capacidad funcional, el bienestar familiar y emocional, la sexualidad y el funcionamiento social.

Recientes estudios han demostrado que la CVRS está asociada a diversos factores. Por ejemplo, se ha encontrado que las mujeres tienen peor CVRS que los hombres en diversas áreas (Arenas *et al.*, 2004; Contreras *et al.*, 2008), o que la edad avanzada (Arenas *et al.*, 2004; Lopes *et al.*, 2007) y la comorbilidad con otras enfermedades se relaciona con una peor CVRS sobre todo en la dimensión física (Fernández *et al.*, 2005; Muñoz *et al.*, 2006). Por otra parte, también existen algunos factores que se han relacionado con mayores niveles de CVRS, como por ejemplo, el nivel educativo (Lopes *et al.*, 2007; Pérez *et al.*, 2009), el trabajo activo (Fernández *et al.*, 2005; Pérez *et al.*, 2009) y, el tener una relación emocional satisfactoria (Cukor *et al.*, 2007).

La CVRS se ha evaluado con frecuencia en pacientes oncohematológicos para valorar el efecto de los tratamientos médicos (Gomez *et al.*, 2006). Los instrumentos más utilizados han sido desarrollados por el grupo de investigación en calidad de vida de la EORTC (*European Organization for Research and Treatment of Cancer*). Existen instrumentos genéricos, con los que se puede evaluar la calidad de vida en cualquier tipo de cáncer, e instrumentos específicos para diferentes tipos de cáncer. La mayoría de los trabajos se han centrado en el estudio de los efectos que produce la propia enfermedad y los tratamientos médicos en el bienestar del enfermo y en las dimensiones física, social y emocional (Andrykowski *et al.* 2005).

Sawada *et al.* (2009) realizaron un estudio descriptivo y transversal para evaluar la CVRS de pacientes con cáncer. Observaron que la puntuación promedio de las funciones físicas, cognitiva y social y desempeño de papel varió de 71 a 75 en una escala de 1 a 100, demostrando un nivel satisfactorio. No obstante, en la función emocional, el promedio fue bajo (55). Más bajos aún fueron los promedios en las escalas de síntomas, encontrando una puntuación de 33 para el insomnio, de 23 para el dolor y de 22 para la fatiga. Como conclusiones, subrayan que la CV es satisfactoria en todos los dominios excepto la función emocional, demostrando que los efectos colaterales de la quimioterapia influyen negativamente en la CV de los pacientes.

Polit *et al.* (2004), evaluaron el impacto de las náuseas y vómitos en la CV en pacientes sometidos a quimioterapia, encontrando que los síntomas de náuseas y vómitos eran los que tenían mayor impacto en la CVRS de los pacientes sometidos a quimioterapia.

Persson *et al.* (2008), indicaron que la calidad de vida de los pacientes con leucemia aguda y linfoma maligno se ve altamente limitada principalmente por los cambios en el rendimiento en el trabajo y en la función social. Además, destacaron el efecto negativo que produce la presencia de síntomas como la fatiga, la disnea y los trastornos del sueño.

En resumen, la literatura señala un efecto sobre la función física (náuseas, vómitos, dolor o malestar), la función cognitiva y la emocional, es decir, en todas las dimensiones de la CVRS de los pacientes oncohematológicos.

### **1.2.1.3. Percepción de tiempo**

Una de las variables que se han considerado como indicadoras del malestar durante la fase de hospitalización ha sido la percepción subjetiva del paso del tiempo. El tiempo psicológico es un elemento fundamental en la adaptación del organismo al medio. Se ha planteado que un déficit en la estimación del tiempo puede producir desajustes en ámbitos diversos de la vida cotidiana y deteriorar la calidad de vida. La duración del tiempo es percibida en función de la propia biografía personal, de las expectativas y de los acontecimientos a los que nos encontramos expuestos. En las personas con problemas de salud, este parámetro es fundamental (Gambara *et al.*, 2002) y puede ser en sí mismo un factor de estrés. Los síntomas somáticos, los estímulos ambientales físicos aversivos, los estados de ánimo depresivos o de angustia y los tiempos de espera, son variables que influyen en el alargamiento del tiempo (Bayés, 2000b). La percepción de dicho alargamiento por parte de los pacientes se ha asociado a situaciones desagradables, que abarcan desde el simple aburrimiento, a un sufrimiento intenso; en el caso de acortamiento, éste se ha relacionado con la participación en actividades cognoscitivas que requieran un elevado nivel atencional, hasta otras que supongan momentos de intensa felicidad.

Fraisse (1984) afirmó que cuanto más atención prestamos al paso del tiempo, más largo parece, con el máximo de alargamiento cuando se está únicamente pendiente de que se produzca un acontecimiento deseado o temido. Por el contrario, la duración parece disminuir cuando la tarea que se está realizando es difícil y/o interesante. Cuando una persona se encuentra completamente abstraída por la labor que está llevando a cabo, el tiempo parece acortarse y las horas transcurren sin que apenas se perciban. En resumen, un déficit en la estimación del tiempo puede producir desajustes en ámbitos diversos de la vida cotidiana y pueden deteriorar la calidad de vida.

Se diferencia entre tiempo objetivo y subjetivo, sugiriendo que el mismo espacio de tiempo parece más corto a medida que uno va haciéndose mayor, si bien es verdad, que esto ocurre para los días, los meses y los años, y es más difícil encontrar el mismo

efecto para las horas (Gambara *et al.*, 2002). Champion (2001) afirma que la valoración del tiempo objetivo la determinan medidas objetivas, claras y consistentes (reloj, calendarios, etc.) mientras que el tiempo subjetivo está determinado por los sentimientos. En palabras de Bayés (2002a, 2000b) el tiempo objetivo, es el tiempo de los relojes, el que permite organizar la sociedad y la vida, pero el tiempo que verdaderamente importa a cada persona es el tiempo subjetivo.

Si los desajustes en la estimación del tiempo pueden llegar a empeorar la calidad de vida de las personas, es lógico pensar la importancia que toma este parámetro en las personas con problemas de salud. Bayés *et al.* (2001) analizaron esta relación en 371 pacientes en situación terminal. Encontraron que, mientras que el 83% de los enfermos que decían que el tiempo se les hacía “largo” o “muy largo”, afirmaban encontrarse “regular”, “mal” o “muy mal”, el 76% de los que decían que el tiempo se les hacía “corto” o “muy corto”, afirmaban que se encontraban “bien” o “muy bien”. En general se propone que, los síntomas somáticos, los estímulos ambientales físicos aversivos, los estados de ánimo depresivos o de angustia (Montoya *et al.*, 2010) y los tiempos de espera, son variables que influyen en el alargamiento del tiempo. Se ha comprobado cómo a través de una única pregunta sencilla sobre percepción temporal, es posible conocer el estado de bienestar-malestar de muchos enfermos hospitalizados (Bayés, 2000a, 2000b, 2002a, 2002b).

En resumen, en el ámbito de la salud se considera que el enfermo percibe la duración del tiempo como más larga que la que marca el reloj en tres casos: cuando la situación o estado en que se encuentra le produce malestar debido a factores físicos ambientales (ruido, calor, frío, humo, mal olor, etc.), factores psicosociales (visitas o compañeros molestos, aburrimiento), síntomas somáticos (dolor, disnea), o pensamientos negativos (sentimientos de miedo, soledad, culpa, abandono, pérdida); cuando su estado de ánimo es ansioso o depresivo; cuando se tienen en cuenta los tiempos de espera (Bayés *et al.*, 2001).

#### **1.2.1.4. Pensamiento Constructivo**

De acuerdo con la Teoría Cognitiva Experiencial de Epstein (2001, 2003) la forma de percibir los acontecimientos genera una emoción, y ésta a su vez, orienta a la persona a actuar en un sentido específico en concordancia con esa visión y la emoción a la que se asocia. En el sistema de procesamiento experiencial de la realidad tiene un lugar preponderante la manera en cómo las personas se perciben a sí mismas (sus capacidades y posibilidades), al mundo (cómo entienden a problemática social y qué papel asumen frente a ella) y al futuro (la posibilidad, o no, de que las acciones puedan orientar en el sentido deseado). La teoría habla de dos tipos de inteligencia: la racional

(que se puede medir a través del Coeficiente Intelectual, CI) y la Experiencial (que es la que se relaciona con las emociones, IE). Esta última se identifica con el *Pensamiento Constructivo (PC)* y abarca a su vez la inteligencia emocional, la social y la práctica. El PC se refiere a los pensamientos automáticos que permiten la percepción del mundo y de la vida de una manera positiva, facilitando la capacidad para relacionarse con los demás de un modo efectivo y de forma satisfactoria (inteligencia emocional), solucionar problemas interpersonales de una manera adecuada (inteligencia social) y la capacidad para solucionar eficazmente los problemas que surgen en la vida cotidiana (inteligencia práctica).

Desde esta perspectiva, el PC es un constructo teórico que hace referencia a la capacidad para reconocer las propias emociones y sentimientos, y al proceso de regulación y dirección consciente y voluntaria que de ellos se haga para la solución de problemas, así como para la consecución de las metas que cada individuo se propone, con el menor costo de estrés, mayor nivel de satisfacción personal y que, además, resultan adaptativas en el medio social.

En los trabajos realizados por Epstein (2003), se ha demostrado que, el PC está relacionado positivamente con el éxito en el trabajo, la salud física, el ajuste emocional, el éxito en las relaciones personales y una mayor satisfacción en la vida en general, y se relaciona negativamente con el neuroticismo. Por el contrario, en el pensamiento no constructivo o destructivo existe una tendencia generalizada a producir pensamientos automáticos negativos (refieren al mundo como un lugar peligroso, en el que no se puede confiar en la gente y en el que cualquier esfuerzo será inútil), orientándose específicamente hacia sí mismos, sus habilidades, cualidades y destrezas, Este tipo de pensamiento traerá como consecuencia conductas poco adaptativas y alejadas de las metas. El pensamiento no constructivo podría ubicarse así dentro de la categoría de estresores psicológicos propuesta por Sue *et al.* (2000). Es de esperar que el pensamiento constructivo correlacione negativamente con ansiedad, mientras que el pensamiento no constructivo correlacione positivamente (Edna *et al.*, 2011).

En el campo de la Psicooncología es escasa la bibliografía sobre cómo el pensamiento constructivo puede incidir en la recuperación del paciente diagnosticado de una neoplasia, aunque sí existe algún estudio en el que se relaciona este constructo con el bienestar psicológico, variable fundamental en el terreno emocional del cáncer (Bermúdez *et al.*, 2003). Así, Farah *et al.* (2009), a través del Inventario de Pensamiento Constructivo (CTI), encontraron relación entre inteligencia emocional y bienestar psicológico, concluyendo que cuanto mayor era el nivel de inteligencia emocional, mayor era también el bienestar psicológico.

### 1.2.1.5. Estrategias de afrontamiento

La forma en que la persona hace frente a la enfermedad, depende de la conciencia que tiene de la misma, de su historia personal, del significado que le dé, de las consecuencias que de ella se derivan y, sobre todo, de los recursos de afrontamiento que pueda poner en marcha ante la situación que le está tocando vivir (Larsen y Buss, 2005).

Ante un diagnóstico neoplásico, los pacientes ponen en marcha ciertos recursos para afrontar los cambios. Watson y Homewood (2008), a partir de sus investigaciones utilizando la *Mental Adjustment to Cancer Scale* (MAC), señalan la manifestación de cinco tipos principales de respuesta o estrategias de afrontamiento observables en los pacientes ante el diagnóstico de la enfermedad de cáncer: a) espíritu de lucha, caracterizado por la aceptación total del diagnóstico, decisión de luchar contra la enfermedad y actitud optimista; b) desamparo/desesperanza, definida por la dificultad para pensar en algo que no sea la enfermedad y una actitud totalmente pesimista; c) preocupación ansiosa, en la que la persona reacciona con una elevada ansiedad, acompañada de ánimo depresivo y búsqueda activa de información que tiende a interpretar de forma pesimista; d) fatalismo (aceptación estoica), en la que la persona asume el diagnóstico con una actitud derrotista; y e) negación, caracterizada por la negativa a aceptar el diagnóstico o en el caso de aceptarlo, niega o minimiza su seriedad. En la adaptación española de dicho cuestionario (Costa y Gil, 2009), el análisis factorial exploratorio arroja los mismos constructos, incluyéndose dos nuevos factores en los que quedaría dividido el estilo de afrontamiento espíritu de lucha: aceptación de la enfermedad y conductas de autocuidado. Sin embargo, estos resultados no se han replicado debido a la ausencia de estudios posteriores al respecto.

En este terreno, Moorey y Greer (1989) encontraron una relación estadísticamente significativa entre las respuestas psicológicas al diagnóstico y el desarrollo de la enfermedad. El pronóstico más favorable era para aquellos pacientes que habían reaccionado con espíritu de lucha y negación, y el peor, para aquellas que reaccionaron con aceptación estoica y desamparo-desperanza. Watson y Greer (1998) en un trabajo recopilatorio de la bibliografía al respecto, exponen la evidencia empírica que apoya que las estrategias de afrontamiento activas (espíritu de lucha y negación-evitación), están relacionadas con un buen pronóstico de la enfermedad.

Existen también investigaciones sobre la percepción de enfermedad en pacientes con distintas patologías, que apoyan empíricamente la hipótesis de que el concepto que los pacientes tienen sobre la enfermedad es crítica para la adaptación exitosa a dicho proceso (Hagger y Orbell, 2003; Petrie *et al.*, 2002).

En el caso concreto de la enfermedad oncológica, existe evidencia empírica en estudios realizados con mujeres con cáncer ginecológico, de mama y cáncer de pulmón (Browning *et al.*, 2009; Silva *et al.*, 2012).

Se ha encontrado que, la morbilidad psicológica entre mujeres con cáncer de mama está relacionada con dichas respuestas de afrontamiento, esto es, la depresión y la ansiedad correlacionan de forma positiva con el desamparo/desesperanza, la preocupación ansiosa y el fatalismo; y negativamente con el espíritu de lucha. En este sentido, un reciente estudio con 172 adultos supervivientes de diferentes diagnósticos de cáncer indica que las distintas formas de afrontar la experiencia de enfermedad, generan diferencias en el bienestar psicológico de estas personas (Schoevers *et al.*, 2011). La evitación de pensamientos relacionados con la enfermedad, se asocia a un menor bienestar junto con un menor nivel de autoconfianza, peores relaciones sociales y un menor sentido vital; en definitiva, dicho estilo de afrontamiento basado en la negación potenciaría las experiencias negativas. Por otro lado, las estrategias de afrontamiento relacionadas con una reevaluación positiva y reestructuración de objetivos vitales, se relacionan con mayores experiencias positivas, esto es, con un mayor nivel de crecimiento postraumático.

En España, aunque la bibliografía al respecto es escasa, un reciente estudio concluye que, los estilos de afrontamiento pasivos, junto con la evitación emocional, predicen una mayor probabilidad de evolución desfavorable en pacientes de cáncer tras dos años de seguimiento (Cardenal *et al.* 2012; Cardenal *et al.*, 2008). De este modo, el paciente puede afrontar el evento mediante tres estrategias generales: centradas en las emociones, en los problemas y en el significado (National Cancer Institute, 2009). Aquellas estrategias centradas en la emoción, permiten al enfermo regular el grado de sufrimiento emocional, mientras que aquellas centradas en los problemas, facilitan el manejo de las dificultades específicas mediante la modificación de las situaciones que causan malestar y, finalmente, aquellas centradas en el significado, permiten buscar un sentido a la enfermedad y al impacto que ella tendrá en su vida, tal y como la han conocido hasta ahora. Según Pulgar *et al.* (2009) las estrategias de afrontamiento más frecuentemente utilizadas por los pacientes oncohematológicos son la distracción cognitiva, la evitación y la aceptación estoica de la enfermedad. Emplear una estrategia u otra, dependerá de la intensidad de la respuesta emocional por parte del enfermo, de su habilidad para manejar esta respuesta, de la posibilidad de resolver los problemas que se planteen a raíz de la enfermedad, así como de los cambios que se producen a medida que se desarrolla el proceso entre la persona y su entorno.

.

### 1.2.1.6. Locus de control

El *Locus de Control (LC)* se refiere a la creencia que tienen las personas sobre la posibilidad de ejercer control o influir en los acontecimientos, en función de ello, las personas podrían clasificarse en dos categorías: internos o externos (Gaborit, 2006).

Las personas que poseen un LC interno están orientadas a la acción, sus expectativas sobre los resultados están mediadas por su propia conducta, y, por lo tanto, se perciben a sí mismos como capaces de influir en su propio destino, de transformar una situación adversa y aumentar su probabilidad de éxito. Se caracterizan por tener la expectativa de que los resultados que obtienen son contingentes o causados por su conducta, o por sus propias características personales. Como señala Gaborit (2006), el LC interno está asociado a sentimientos de competencia, auto-eficacia y auto-dominio, unidos a una adecuada capacidad para resolver problemas, lo cual conduce a mejores estrategias de afrontamiento ante situaciones de estrés.

Por su parte, aquellos individuos con un LC externo, tenderán a percibir que las consecuencias de sus conductas son producto de factores ajenos a su control, otorgando así la responsabilidad a la suerte, la participación de otras personas, o al destino; generando un estado de indefensión que inhabilita a las personas para alcanzar sus objetivos (Brenlla y Vázquez, 2010).

Por tanto, la percepción de control sobre la situación incrementa la motivación para afrontar la misma, por lo que es esperable que los sujetos con LC interno se sientan más implicados, comportándose ante la situación de forma más activa, en comparación con los sujetos con LC externo.

El estudio del control percibido en relación con la salud, es decir, el *Locus de Control de Salud (LCS)* resulta importante ya que se ha encontrado que se asocia con el curso y la mortalidad de las enfermedades. La investigación ha sido clara respecto a los perjuicios que ocasiona un LCS externo más elevado, relacionándose directamente con mayor desesperanza y depresión, los cuales aumentan el riesgo de mortalidad (Oros, 2005). Un LCS externo sería la creencia de que la salud no depende de uno mismo, o que se puede ejercer poco control sobre ella, dividiéndose a su vez en dos dimensiones: LCS otros poderosos (creencia que la salud depende de otras personas, médicos u otros profesionales de la salud) y LCS de casualidad, donde la salud depende del destino o azar (Anarte *et al.*, 2010).

La creencia de que otras personas juegan un rol importante en los resultados sobre la salud no necesariamente implica una falta de control percibido (Wallston, 2001; 2005). El LCS de otros poderosos puede resultar adaptativo en casos donde se reciben tratamientos invasivos y en enfermedades graves, pues se mitiga el estrés al no asumir toda la responsabilidad y creer en la habilidad del equipo. Los LCS interno y externo de

otros poderosos son los que, en teoría, favorecen mejor la adaptación a la enfermedad, ya que implican una sensación de control y se asocian a un mejor bienestar psicológico en comparación al Locus de Control externo de azar o casualidad, que implica una ausencia de control y se vincula con la desesperanza. Además, el Locus de Control externo de casualidad se asocia con una mala adaptación pues provoca incertidumbre respecto al pronóstico, miedo a los tratamientos, sensación de mayores cambios físicos y aislamiento social (Bettencourt *et al.*, 2008; Cross *et al.*, 2006).

El LCS se encuentra estrechamente relacionado con indicadores de ajuste emocional, como la CVRS. Tradicionalmente, se señala que el LCS interno tiene un mayor impacto positivo sobre la salud. Los estudios sobre LC han puesto de manifiesto la necesidad de un entendimiento interactivo del constructo, y así, los individuos con LC interno se sienten más implicados, rindiendo mejor o esforzándose más en las situaciones percibidas como internas (controlables por el sujeto, o con *feedback* autoadministrado), mientras que los individuos con LC externo varían en las situaciones percibidas como externas controladas por otras personas, o con *feedback* externo (Anarte *et al.* 2010; Oros, 2005).

En resumen, se puede afirmar que, aquellos que creen que pueden hacer algo respecto a su enfermedad, tienen una adaptación más positiva; son más proclives a practicar buenos hábitos saludables, aumentando su adherencia al tratamiento; usan más estrategias de afrontamiento activas y reportan menores niveles de depresión que los de una orientación externa (Morowatisharifabad *et al.*, 2010).

#### **1.2.1.7. Afectividad**

Tradicionalmente los estudios destinados a indagar la estructura subyacente de los estados afectivos, han reportado de manera reiterada la existencia de dos factores consistentes y relativamente independientes entre sí (Watson *et al.*, 1988). Por un lado, la dimensión *Afectividad o Emocionalidad Positiva* (AP), que refleja el grado en que una persona se siente entusiasmada, activa y alerta y, por otro, la dimensión *Afectividad o Emocionalidad Negativa* (AN), que se define como una dimensión general subjetiva displacentera que involucra un amplio rango de emociones tales como miedo, enojo, congoja y nerviosismo.

Aunque la utilización de los términos *positivo* y *negativo* puede sugerir la existencia de dos factores opuestos y correlacionados inversamente entre sí, los hechos sugieren que la existencia de una estructura ortogonal e independiente entre los factores, representa mejor la relación entre ambas dimensiones de la afectividad. Las dimensiones Positiva y Negativa son independientes entre sí, lo cual indicaría que elevadas puntuaciones en una escala no implicarían bajas puntuaciones en la otra.

La bibliografía señala que las dimensiones AP y AN se encuentran vinculadas con diferentes tipos de variables. De esta manera, la AN se relaciona con altos niveles de estrés, pobre capacidad de afrontamiento y dolencias físicas. Por su parte, la AP se encuentra relacionada con una rica vida social y con altos niveles de satisfacción vital. El *afecto positivo* (AP) representa “la medida en que un individuo se siente entusiasta, activo y alerta”, mientras que el *afecto negativo* (AN) “se caracteriza por la tristeza y la falta de ánimo” (Watson *et al.*, 1988). Asimismo, se ha establecido que el AN conlleva a la anticipación de experiencias desagradables, mientras que el AP anticipa experiencias gratificantes para el individuo (Sánchez *et al.*, 2008) e incluso predice un buen afrontamiento de conflictos así como estados de ánimo agradables, despertando la creatividad y la motivación afiliativa de los individuos (Schmidt, 2008).

El conocimiento del papel que desempeña la afectividad en pacientes con cáncer está encaminado a que una alta afectividad negativa, baja afectividad positiva, pobre soporte social (Baider *et al.* 2003) y ciertas características de la enfermedad, como su tiempo de evolución, podrían predecir la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva de importancia clínica en este tipo de población (Carbelo y Jáuregui, 2006; Carver *et al.*, 2005; Lepore *et al.*, 2008).

Robles *et al.* (2009), determinaron la relación del perfil de afectividad y soporte social con la presencia y severidad de depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama. Concluyeron que una baja puntuación de afectividad positiva y una alta afectividad negativa explican la comorbilidad de depresión y ansiedad, así como su relación con el grado de apoyo social.

#### **1.2.1.8. Supresión emocional**

El término *supresión emocional* se refiere a una inhibición deliberada y consciente, que supone un esfuerzo importante de los afectos negativos y/o de su expresión (Contrada y Guyll, 2001). Otros autores conceptualizan la supresión emocional como un estilo de afrontamiento para evitar conflictos y suprimir emociones (Bermúdez, 2003a).

La represión de la emoción se considera un estilo de afrontamiento en el que los individuos evitan prestar atención a los acontecimientos negativos y a las reacciones afectivas relacionadas con ellos. Estos sujetos no informan experimentar emociones como la ansiedad, pero sin embargo, sí muestran una activación autonómica o fisiológica propias de las personas que sí experimentan estas emociones intensas. Los represores serían personas con bajas puntuaciones informadas en escalas de ansiedad y altas puntuaciones en una medida defensiva como la escala de deseabilidad social.

El problema para la salud no es tanto la represión de la emoción, sino el fracaso en reconocer y experimentar sentimientos de cualquier tipo. En este caso, se utiliza el

término de *alexitimia* para referirse a las personas incapaces de valorar su emoción y expresarla. Inhibir, ocultar o disimular los pensamientos, sentimientos o conductas requiere un esfuerzo psicológico elevado que con el tiempo puede convertirse, en sí mismo, en una fuente de estrés, exacerbando o creando problemas de salud. De hecho, se ha propuesto que trasladar estas experiencias a expresión verbal (escrita u oral) reduce su impacto sobre el sistema nervioso autónomo y lleva a mejoras en la salud (Leonardo *et al.*, 2013).

Algunos autores consideran que se trata de mecanismos de defensa frente a la ansiedad, otros sostienen que puede ser considerado un estilo o patrón comportamental de antiemocionalidad o supresión emocional (Temoshok y Wald, 2002). Más aún, dentro de este último grupo existen autores que plantean para este estilo comportamental una especificidad por emociones frente a otros que defienden una especificidad por acciones. Se sostiene que los sujetos que presentan este patrón comportamental se caracterizan por una marcada antiemocionalidad.

Las primeras investigaciones buscaron asociar este patrón de represión emocional con el cáncer y concluyeron que la supresión emocional contribuye, en gran medida, al pronóstico de los tumores. Existe evidencia a favor de que este estilo represor potencia el desarrollo de ciertas enfermedades como el cáncer, afectando al funcionamiento del sistema inmunológico. Posteriormente, estudiaron la relación de la supresión emocional con el diagnóstico de dolor crónico benigno y encontraron correlaciones positivas (Pérez *et al.*, 2003).

Porro *et al.* (2013) trataron de describir la frecuencia del uso de la supresión emocional en un grupo de pacientes diagnosticados con cáncer y en un grupo control. Los resultados muestran que los grupos se diferencian significativamente en su frecuencia de uso de la supresión de la expresión emocional, en el sentido de que los pacientes oncológicos utilizan más esta estrategia de regulación emocional que el grupo control. Además, encontraron diferencias significativas en cuanto a la expresividad negativa, siendo el grupo de pacientes oncológicos los que expresan menos sus emociones negativas que los del grupo control; por último, no se hallaron diferencias significativas en cuanto a la expresividad positiva.

Cohen (2013) después de evaluar, con la escala de Control Emocional Courtauld (CEC), a 241 pacientes con cáncer, concluye que la supresión emocional de emociones negativas se relaciona con una mayor angustia psicológica en pacientes con cáncer. A partir de estos resultados, propone que, un estilo de regulación emocional caracterizado por la inhibición, puede afectar negativamente a los pacientes que sufren algún tipo de neoplasia maligna.

### 1.2.2. Psicopatología y su incidencia en el cáncer

En los últimos años son diagnosticadas de cáncer cada día 10.000.000 personas en todo el mundo (Maraculla *et al.*, 2009). En España, los últimos datos publicados y avalados por la *Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM)* señalan una incidencia de todos los tipos de cáncer, a excepción del cáncer de piel no melanoma, en torno a los 187.573 personas en 2006, calculando una cifra esperada de más de 200.000 nuevos casos en el año 2020 (Sánchez, 2010).

La percepción de amenaza, el miedo intenso y los sentimientos de desesperanza e indefensión están presentes en distintas intensidades a lo largo de todo el proceso a los que el enfermo y su familia deberán enfrentarse. Se considera que más del 50% de los pacientes muestran signos y síntomas psicológicos debido al elevado nivel de estrés al que deben hacer frente durante y después de su enfermedad. Los procesos y reacciones que tengan lugar en cada persona tras afrontar esta experiencia de sufrimiento dependerán de una serie compleja de factores relacionados, tanto con la enfermedad específica, como con la historia de vida del afectado, incluida su personalidad y sus apoyos.

Barroilhet *et al.* (2005) aseguran que tener cáncer implica experimentar una serie de acontecimientos estresantes interconectados más que un acontecimiento aislado; por lo tanto, en este sentido resulta muy difícil aislar los elementos concretos que pueden generar dicho estrés. Así, el diagnóstico de cáncer, como evento estresante y potencialmente traumatizante, posee unas características especiales (Sumalla *et al.*, 2009).

Los estudios en este campo resaltan la gran variabilidad en la prevalencia de los trastornos y síntomas psicológicos considerados, debido principalmente a las diferencias metodológicas y la falta de un protocolo de investigación homogéneo, lo que impide inferir los datos de la prevalencia real. La prevalencia de los trastornos psicopatológicos en los pacientes con cáncer varía dependiendo de la metodología empleada en los estudios, aunque los datos indican que son más frecuentes que en la población general (Hernández *et al.*, 2007).

Los trastornos del estado del ánimo oscilan entre el 2-6% (Gil *et al.* 2007; Hernández *et al.*, 2007) hasta el 38-50% en otros estudios y revisiones (Massie *et al.* 2010). Los trastornos de ansiedad varían igualmente entre el 2% y el 8% en nuestro medio (Gil *et al.* 2007; Hernández *et al.*, 2007) y entre el 2% y el 44% en otros estudios y revisiones frente al 2-6% observado en la población general (Levin y Alici, 2010). Igualmente, la prevalencia de síntomas de ansiedad, depresión y malestar emocional es muy alta: pacientes en diferente situación de enfermedad, evolución y tratamiento presentan síntomas depresivos entre un 2% y un 25% (Mitchell *et al.*, 2012). La

prevalencia media del 24% en síntomas de ansiedad oscila entre 2% y un 44% dependiendo del tipo de cáncer y la metodología de investigación empleada (Gil *et al.*, 2007)

La prevalencia informada de malestar emocional en pacientes con cáncer, en distintos momentos de la evolución de la enfermedad, varía entre el 15% y el 33% de los casos, alcanzando al 63% si se toma a los pacientes que lo padecen en algún momento del estudio (Henselmans *et al.*, 2010) y según el tipo de cáncer considerado entre un 30% y un 44% (Hegel *et al.*, 2006). En la población europea se describen niveles moderados altos de malestar emocional en el 30% de los casos, según criterios HADS (Grassi *et al.*, 2004).

La prevalencia de la ansiedad en enfermedades oncohematológicas es diferente según los instrumentos de evaluación que se utilicen y las muestras de localización tumoral. Se considera que el 25% de pacientes diagnosticados de cáncer manifiestan síntomas de ansiedad o cumplen criterios de Trastorno Adaptativo con Ansiedad (21%) (Hernández, 2013).

Ya en la década de los 90, Carroll *et al.* (1993) usando el HADS con diferentes puntos de corte (8 y 11 respectivamente) identificó que el 41% de una muestra de 930 enfermos de cáncer presentaba ansiedad; dicho porcentaje disminuía al 18% cuando se consideraba el punto de corte más elevado. También se han comparado los niveles de ansiedad entre pacientes hospitalizados y pacientes que se encuentran en su domicilio, observándose que la ansiedad y la depresión son más frecuentes en los pacientes hospitalizados, correlacionando positivamente con el aburrimiento y la falta de estimulación durante el ingreso, los síntomas físicos, la presencia de hijos y los antecedentes de depresión y ansiedad (Vellone *et al.*, 2004). En los pacientes con cáncer los síntomas de ansiedad generalmente coexisten con síntomas depresivos y los estados mixtos son los más frecuentes.

La prevalencia de depresión en pacientes oncológicos es del 15% para el trastorno depresivo mayor y del 20% para los trastornos depresivos menores; por su parte, los trastornos de ansiedad poseen una prevalencia del 10% y el trastorno adaptativo un 19%. En cuanto a la prevalencia de estos trastornos en población española, los datos son escasos; Gil *et al.* (2007) señalan que, en torno al 24% de los pacientes de cáncer, desarrollan algún tipo de trastorno mental, con prevalencias del 77% para el trastorno adaptativo, un 4% para el trastorno depresivo mayor, 5% para los trastornos de ansiedad y un 2% para el trastorno por estrés postraumático.

Lo que parece común en todos los estudios, es la necesidad de mejorar las herramientas de diagnóstico para, en primer lugar, conocer rápidamente y mejor el grado de incidencia y prevalencia del *distress*, y, en segundo lugar, diseñar

intervenciones que reduzcan el impacto emocional de los pacientes y sus familias. El acceso a recursos específicos en los ámbitos de salud, salud mental, trabajo social o espiritual se considera necesario (Moscoso y Knapp, 2010).

### **1.2.3. Manifestaciones emocionales durante el procedimiento de TPH**

El TPH supone, a pesar de los avances conseguidos, ciertos riesgos que el paciente tiene que asumir, relacionados en su mayoría con el sufrimiento, debido a los efectos secundarios del tratamiento con quimioterapia y/o radioterapia (náuseas, vómitos, dolor, mucositis, alopecia, etc.), el largo periodo de estancia en aislamiento y, la separación de sus familiares, que influyen en el estado de ánimo. Durante mucho tiempo se ha trabajado con la idea de que los problemas psicológicos que pueden presentar estos pacientes son comparables con situaciones de aislamiento social, separación padres-hijos o privación sensorial. A pesar de ello, los pacientes que reciben un TPH, suelen valorar positivamente este tratamiento, ya que implica un gran aporte técnico y una búsqueda de mejora en su situación frente a la enfermedad.

El TPH es considerado como un proceso estresante que requiere, por parte de los pacientes, poner en marcha una serie de estrategias de afrontamiento, es decir, esfuerzos cognitivos y conductuales que les ayuden a adaptarse a las demandas tanto internas como externas, cobrando gran importancia la capacidad para analizar las nuevas situaciones y crear nuevos mecanismos de afrontamiento.

Los pacientes sometidos a TPH suelen experimentar sentimientos ambivalentes; por una parte, representa la posibilidad de recuperar la salud y, por otra, constituye una fuente generadora de temor e incertidumbre ante la posibilidad de complicaciones (Rodríguez *et al.*, 2010). La enfermedad y el proceso de trasplante condicionan, con frecuencia, la presencia de niveles elevados de ansiedad y depresión, así como manifestaciones de ira y agresividad, trastornos del sueño, sentimientos de culpa o trastornos sexuales, entre otras. Adicionalmente, hay que tener en cuenta la incertidumbre derivada del desconocimiento de aquello a lo que se someterá debido a la complejidad del procedimiento, la enorme cantidad de medicamentos administrados y las complicaciones médicas que pueden ocurrir (Ascencio, 2011).

Se ha observado que un 40% de los sujetos presentan ansiedad, siendo elevada en el momento del ingreso, aunque disminuye durante posteriormente y prácticamente desaparece en el seguimiento. Por el contrario, la depresión aumenta a lo largo de la hospitalización asociada al empeoramiento físico, pero tiende a disminuir en el seguimiento (Mitchell, 2007). A pesar de esta situación tan difícil, un 50% de los pacientes presentan reacciones normales que corresponden a la necesidad de adaptación emocional. El resto presentan principalmente trastornos adaptativos y, en

menor porcentaje, depresión mayor, ansiedad generalizada o trastornos de personalidad (Mitchell, 2010).

En general, los pacientes sometidos al TPH tienen temor a la muerte, la alteración de los planes de vida, cambios en la imagen corporal, autoestima, cambios en el rol social y en el estilo de vida, preocupaciones económicas y legales, y depresión grave o ansiedad durante todo el proceso y posterior al trasplante (Watson *et al.*, 2006). Para Rojas *et al.* (2008), los pacientes durante el trasplante pueden experimentar alteraciones psicológicas como irritación, ansiedad severa, estado de ánimo deprimido e insomnio. La evaluación psicológica, en estas circunstancias, debe considerar la necesidad de conocer los procesos afectivos y la vulnerabilidad al estrés, el sistema de apoyo social, el funcionamiento familiar, los rasgos de personalidad, los mecanismos de afrontamiento y la actitud general hacia el trasplante.

Como se ha señalado anteriormente, este procedimiento consta de varias fases y, cada una de ellas, ocasiona al paciente y su familia diferentes reacciones psicológicas y emocionales. Estas pueden ser adaptativas o desadaptativas y dependen de las características sociales, familiares y personales del paciente, de la etapa del procedimiento en la que se encuentra y de la misma enfermedad.

#### **1.2.3.1. Fase de preparación a TPH**

En la fase previa al trasplante suele producirse un profundo impacto emocional y se han reportado síntomas como angustia, miedo, incredulidad, confusión y ansiedad, así como temor a la muerte y síntomas depresivos en la mayoría de los casos. Estas emociones varían y se suceden en las distintas fases de ajuste psicológico que constituye el proceso adaptativo del paciente (Trask *et al.*, 2002).

Una de las reacciones más comunes en esta fase del tratamiento es la incertidumbre, que se entiende como la carencia de información sobre algo que es importante para la persona e incide en la capacidad para predecir los sucesos. A pesar de los avances de la medicina, el curso de la enfermedad es difícil de predecir, pero además el paciente siente incertidumbre sobre sí mismo, sobre su vida familiar, social y laboral. En este momento previo al trasplante, pueden aparecer síntomas de ansiedad aproximadamente en el 50%, y síntomas de depresión en el 20% de los pacientes (Trask *et al.*, 2002). Toda esta variabilidad emocional puede estar interfiriendo en la toma de decisión de someterse, o no, al tratamiento, y desarrollar una actitud fatalista, la percepción de una disminución del apoyo social, depresión, etc., lo que puede condicionar la aparición de conductas desadaptativas y la no adherencia al tratamiento.

### **1.2.3.2. Fase ingreso en TPH**

Como ya se ha señalado anteriormente, en la descripción del procedimiento de trasplante, esta fase suele prolongarse como mínimo de tres semanas, dependiendo del tipo de trasplante y de las complicaciones que surjan post-trasplante. Es un periodo especialmente difícil, ya que debido a la inmunosupresión, el paciente es más susceptible a infecciones por lo que debe permanecer en aislamiento durante el proceso, siendo esta característica la que genera mayor irritabilidad, agitación, ánimo deprimido y ansiedad más severa, delirios, alucinaciones, insomnio y confusión en el 49% de los pacientes. El 16% cumplen criterios de trastorno psicológico DSM-IV, siendo los más frecuentes los adaptativos con ansiedad y/o depresión.

A pesar de que muchos pacientes tienden a tolerar la situación de aislamiento, la ansiedad es la reacción que se presenta con más frecuencia en el período previo al trasplante, mientras que en la convalecencia pueden darse reacciones tanto de ansiedad como de depresión, aumentando esta última si aparecen dificultades en el trasplante y el ingreso se prolonga (Jacobsen *et al.*, 2002).

Una de las preocupaciones mayores en esta fase es la posibilidad de que aparezcan infecciones, mucositis, inmunosupresión prolongada, reacción del injerto contra huésped, etc. Estas complicaciones tienden a influir en el ánimo del paciente, ya que el estado emocional de los pacientes tiende a estar muy unido a su estado físico, y durante el procedimiento los pacientes tienen una sensación de pérdida de control, relacionada con la disminución en la habilidad para manejar o dominar los acontecimientos.

Entre los aspectos que condicionan el ánimo del paciente se encuentran: pérdida de la intimidad, incremento de la dependencia de la familia y personal sanitario en los cuidados personales, disminución de su capacidad funcional, vulnerabilidad ante los efectos secundarios y complicaciones del propio procedimiento. Los pacientes expresan en ocasiones sentimientos de pena al saber de la gravedad de su estado físico y un sentimiento de falta de control sobre sus propias vidas (Bellve y Moreno, 2009).

### **1.2.3.3. Fase de recuperación domiciliaria**

Una vez realizado el injerto y, cuando el paciente se recupera y vuelve a su casa, aparecen ciertos temores a abandonar el hospital por la seguridad que éste proporciona. Los pacientes frecuentemente esperan que su estado físico, psíquico y emocional vuelva a la normalidad espontáneamente. En pacientes sobrevivientes post-trasplante se han encontrado alteraciones emocionales debido al temor de abandonar la seguridad del hospital, de adaptarse a una nueva forma de vida y de reintegrarse –nuevamente al sistema familiar, social y académico. Este periodo de recuperación post-trasplante, de

una duración aproximada que oscila entre los 6 y 12 meses, junto a continuas visitas clínicas, contribuyen a la aparición de síntomas tales como el insomnio, fatiga y dolor (Chang *et al.*, 2004). Algunos estudios demuestran que son frecuentes los Trastornos por Estrés Pos-Traumático (TEPT) al finalizar el trasplante (Jacobsen *et al.*, 2002). Además se ha observado que el 30% de pacientes tienen problemas sexuales, fatiga y síntomas depresivos, haciéndose necesario no solo el seguimiento médico, sino el psicosocial (Rusiewicz *et al.*, 2008).

Los principales trastornos psicológicos que aparecen en esta fase son: trastorno adaptativo con ansiedad y depresión, trastorno de estrés postraumático, trastornos sexuales y síntomas depresivos (Jacobsen *et al.*, 2002). Según algunos autores, la agresividad del procedimiento, ocasiona en algunos de los sobrevivientes del trasplante una sintomatología psicológica, incluso años después de que éste se ha llevado a cabo (Rusiewicz *et al.*, 2008).

A pesar de que el TPH es utilizado con éxito, existe también un riesgo significativo de morbilidad física y psicosocial, una vez que ocurren comorbilidades secundarias, efectos tardíos y muertes. La morbilidad relacionada al trasplante es evidente en sus diferentes fases, comenzando con el pre-trasplante y condicionamiento y alargando así la fase de recuperación post-trasplante. La cura o control de la enfermedad de base puede no ser acompañada por una restauración de la salud. Así, la calidad de vida relacionada a la salud de sobrevivientes ha emergido como un área significativa de estudio. Los pacientes que son sometidos al TPH experimentan múltiples síntomas que pueden afectar negativamente la CV. Con la enfermedad y el tratamiento prolongado existe una ruptura en sus relaciones familiares, en el trabajo y en su contexto de vida (Llibralli *et al.*, 2011). A pesar de los varios estudios sobre la CV de individuos sometidos al TPH los resultados todavía no son concluyentes. Algunos autores están de acuerdo en que existen serios problemas después de este tratamiento como: disfunción sexual, preocupaciones con empleo, fatiga, disfunción cognitiva y psicológica (Kiss *et al.*, 2002). Sin embargo, otros trabajos, encuentran buena recuperación física y psicológica después del TPH (Baker, Gurney y Ness, 2004)

El paciente sometido a esta terapia requiere la adaptación a situaciones que pueden ser percibidas como estímulos negativos e influir a su vez en su estado de ánimo. Los constantes ingresos hospitalarios y tratamientos invasivos provocan sentimientos negativos, los cuales también están asociados con la presencia de la enfermedad y lejos de las actividades cotidianas (Asensio, 2011), por lo que si estas circunstancias no son manejadas de la manera más adaptativa y funcional por el paciente y la familia, pueden desarrollarse trastornos adaptativos que, lejos de contribuir al mejoramiento físico y emocional del paciente, pueden entrañar obstáculos y

consecuencias adversas, como aislamiento social, miedo al rechazo y ansiedad y depresión (Brandão *et al.*, 2004).

#### **1.2.4. Intervención Psicooncológica de preparación a TPH**

Se ha observado, en la revisión realizada, que los pacientes con cáncer presentan altos porcentajes de trastornos psicopatológicos y de malestar emocional, más prevalentes que en la población general. Sin embargo, existe una desproporción entre la meta asistencial de dar atención psicológica a todos los pacientes que lo necesitan y la situación actual en la que sólo un 10% de estos pacientes son derivados a tratamiento psicológico (Cruzado, 2010; Hegel *et al.*, 2006), dato preocupante teniendo en cuenta que sólo uno de cada diez pacientes con malestar emocional recibe asesoramiento para obtener ayuda (Seligman *et al.*, 2005).

Son muchos los autores (Andersen *et al.*, 2008, Bellve y Moreno, 2009, Cruzado, 2010, De Linares *et al.* 2007, Infante *et al.*, 2013; Rodin *et al.*, 2007; Rodríguez *et al.*, 2011; Tighe, *et al.*, 2011) que afirman la necesidad de una intervención psicooncológica para ayudar a los pacientes con cáncer a afrontar las nuevas situaciones, que no sólo son estresantes por ser desconocidas, sino, y más importante, porque ponen en riesgo la propia salud y la vida, como puede ser, en este caso, el TPH.

Andersen *et al.* (2004) analizaron el efecto de la intervención psicológica basada en estrategias de reducción del estrés, cambios en la conducta de la salud, adherencia al tratamiento, en 12 sesiones psicológicas grupales, durante tres meses, en el sistema inmunológico de 227 pacientes con cáncer de mama. Los efectos se observaron en la proliferación de las células T, que se mantenía o aumentaba en el grupo control, mientras que se reducía en el experimental.

Rodin *et al.* (2007) realizaron una revisión sistemática del tratamiento de la depresión en cáncer para, posteriormente, establecer una guía de práctica clínica. Reportaron 11 estudios, 7 farmacológicos y 4 no farmacológicos. Constataron que la efectividad de los tratamientos de intervenciones farmacológicas y psicológicas en personas con una depresión severa es limitada, y que no hay una superioridad de una modalidad por encima de la otra. En cuanto a las intervenciones psicológicas, éstas ofrecían información y apoyo (visita a la unidad oncológica, descripción de procedimientos, facilitación de información y resolución de dudas), o facilitaban el manejo de aspectos emocionales, cognitivos y conductuales. Se establecían grupos control, con resultados significativos y favorables al grupo de intervención, especialmente cuando el seguimiento era a corto plazo.

En una línea parecida, combinando tratamiento farmacológico y no farmacológico, Rodríguez *et al.* (2011) profundizaron en el análisis cualitativo de los

pacientes ante la experiencia de la enfermedad. Seleccionaron 72 pacientes con cáncer no metastásico (mama, pulmón y colon) y un alto nivel de depresión. Los resultados mostraron que los pacientes del grupo con una combinación de tratamiento antidepresivo estándar y terapia narrativa eran capaces de relatar mejor sus experiencias de disconfort físico y emocional y dar un significado a su experiencia de enfermedad viendo el cáncer como una oportunidad o experiencia de transformación.

Precisamente ahondar sobre el manejo y significado que el paciente le da a la experiencia neoplásica es el objetivo del trabajo realizado por Tighe, *et al.* (2011). Realizaron seguimiento durante un año a 10 pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, realizando 39 entrevistas mediante una aproximación de terapia narrativa. Aspectos multidimensionales como la fatiga, la adaptación al aspecto físico, salud sexual o necesidad de *counselling* afectan las relaciones con familia, amigos, compañeros de trabajo y profesionales del ámbito de la salud, influyendo significativamente en el sentido que le dan a la experiencia del cáncer, desde el síntoma a la experiencia de supervivencia.

El objetivo principal de cualquier intervención psicológica en pacientes diagnosticados de cáncer es ayudar a soportar mejor el diagnóstico y los tratamientos, disminuyendo los sentimientos de indefensión y abandono, reduciendo la ansiedad en relación a los tratamientos, y clarificando las percepciones e informaciones erróneas (Andersen *et al.*, 2008; Infante *et al.*, 2013). Según señalan Bastos y Flores (2011) las estrategias que se llevan a cabo en este tipo de actuaciones están relacionadas con el apoyo emocional, refiriéndose a que el paciente se sienta escuchado, entendido, animado y cuidado; con el apoyo informacional-educacional, que favorece el nivel de información necesario para poder afrontar todo el proceso; y con el apoyo instrumental, donde se proporciona recursos materiales, económicos o asistencia domiciliaria a los pacientes.

Los programas cognitivo-conductual denominados Terapia Psicológica Adyuvante se caracterizan por ser estructurados, breves (6 - 12 sesiones) y estar centrados en el problema. Se hace uso de las tareas para casa y se emplean una variedad de técnicas de tratamiento: técnicas conductuales (relajación, las tareas graduadas y la planificación de actividades); técnicas cognitivas (registro de pensamientos automáticos, estrategias cognitivas de afrontamiento y reestructuración cognitiva); así como métodos no directivos como la ventilación de sentimientos. La eficacia de este tipo de intervención psicológica en el ámbito hospitalario se ha comprobado a través de diferentes estudios (Cruzado, 2010; 2012; Hernández *et al.*, 2007), reflejando sus resultados la mejora de los niveles de ansiedad, depresión y

adopción de estrategias positivas de afrontamiento. Este tipo de intervenciones ha sido adaptada con éxito a pacientes oncohematológicos (Arranz y Coca, 2003).

Los métodos conductuales de afrontamiento al cáncer ofrecen al paciente no únicamente la posibilidad de manejar el estrés sino además consigue reforzar la sensación de autocontrol (Andersen *et al.*, 2007; Narvaez *et al.*, 2008). La modificación de conducta tiene como objetivo promover el cambio a través de técnicas de intervención psicológica que ayuden a los pacientes a adoptar actitudes, valoraciones y conductas útiles para adaptarse a la situación del trasplante de médula ósea. Este conjunto de habilidades permite el control de la conducta para producir bienestar, satisfacción y competencia personal. Se ayuda a los pacientes a que reconozcan las conexiones entre las cogniciones, el afecto y la conducta, para hacerles conscientes del papel de las imágenes y pensamientos negativos desarrolla con el mantenimiento del *distress* ante el cáncer. La relación terapéutica es colaborativa y se enfatiza el papel activo del paciente que pone en práctica las técnicas, aportándole la oportunidad de cuestionar, revalorizar y adquirir autocontrol sobre conductas, sentimientos y cogniciones desadaptativas. Implica varias terapias y un conjunto amplio técnicas psicológicas más específicas: relajación progresiva o diferencial, técnicas de distracción, parada de pensamiento, entrenamiento en auto-instrucciones, imaginación guiada y visualización, terapia racional emotiva de Ellis, terapia cognitiva de la depresión de Beck, la terapia de solución de problemas, inoculación de estrés de Meichenbaum, entre otras. Como intervención multicomponente, la bibliografía al respecto indica, para una mayor efectividad en pacientes con cáncer, que los componentes deben incluir: entrenamiento en relajación, o imaginación guiada, información sobre la enfermedad y tratamiento, un contexto de apoyo emocional donde direccionar los miedos y ansiedades sobre la enfermedad, estrategias de afrontamiento conductuales y cognitivas, intervenciones focalizadas en problemas específicos de la enfermedad y apoyo social (Infante *et al.*, 2013).

Según Arranz y Coca (2003) un objetivo primordial en pacientes que deben someterse a un TPH es suministrar información y recursos prácticos para encarar este tratamiento específico, dotando de una información efectiva dirigida al paciente y sus familiares e incrementando su percepción de control. Los programas psico-educativos favorecen 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 y Coca, 2003; Arranz *et al.*, 2003). Se trata de proporcionar una información precisa de los objetivos que se persiguen con el tratamiento, en qué consiste este y sus efectos secundarios.

Con el objetivo de facilitar el afrontamiento del trasplante estas autoras vienen desarrollando un protocolo de intervención psicológica que forma parte de un algoritmo de intervención integral de los pacientes oncohematológicos. El programa psicoeducativo consta de cuatro módulos: 1) educación para la salud: información y comunicación con los profesionales; 2) habilidades de afrontamiento; 3) manejo del estrés; y 4) prevención de respuestas y manejo de dificultades específicas. El programa psicoeducativo se lleva a cabo en 6 sesiones previas a la infusión de células (Arranz y Coca, 2003; Arranz *et al.*, 2003).

Después de la revisión teórica, se desarrollan los dos principales estudios llevados a cabo en esta investigación. En primer lugar el estudio denominado “Desarrollo, aplicación y valoración de un programa de intervención psicooncológica de preparación al Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos (TPH)” y en segundo lugar el estudio “Ampliación del programa de intervención psicooncológica y valoración de la influencia de variables de personalidad en la implantación de progenitores hematopoyéticos”.



## **ESTUDIO I**

---

***DESARROLLO, APLICACIÓN Y VALORACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOONCOLÓGICA DE PREPARACIÓN AL TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS (TPH)***



## **2. ESTUDIO I: DESARROLLO, APLICACIÓN Y VALORACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOONCOLÓGICA DE PREPARACIÓN AL TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS (TPH)**

El programa de intervención psicooncológica de preparación al TPH se basa en un protocolo de intervención psicológica desarrollado por Arranz *et al.* (2003) que forma parte de un algoritmo de intervención integral de los pacientes oncohematológicos. El objetivo principal de este programa es facilitar a los pacientes un afrontamiento al trasplante en las mejores condiciones posibles, favoreciendo 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 como son la ansiedad, depresión, efectos secundarios que puede provocar el tratamiento médico, etc. Este programa se ha adaptado a las características de los pacientes de la Unidad de TPH del Servicio de Hematología y Hemoterapia del Hospital Universitario “Virgen de las Nieves” de Granada.

### **2.1. Objetivos**

El objetivo general de este estudio es poner en marcha un programa de intervención psicooncológica de preparación emocional al TPH, ofreciendo y entrenando al paciente en recursos que ayuden a afrontar el tratamiento de una forma más adaptativa y con el menor coste emocional posible. Este objetivo general se concreta en los siguientes objetivos específicos:

- a. Evidenciar el efecto del programa en los niveles de comprensión de la información, el estado físico y emocional, la relación con equipo sanitario, el apoyo social y familiar, y la percepción del TPH.
- b. Comprobar la influencia del programa en los niveles de ansiedad y depresión.
- c. Corroborar si el programa de intervención influye en la percepción de los niveles de calidad de vida y salud.
- d. Confirmar el efecto del programa en el estado de ánimo, nivel de la percepción subjetiva del tiempo, el nivel de actividad y la percepción de la sintomatología física durante la estancia de aislamiento.

### **2.2. Hipótesis**

La hipótesis general de este estudio es que un programa de preparación psicooncológica, previo al trasplante, mejora el proceso de adaptación de los pacientes a través de la adquisición de recursos de afrontamiento, favoreciendo una percepción del paso del tiempo más adaptativa, un estado de ánimo positivo, aumentando el nivel

de actividad y mejorando la percepción de los síntomas físicos. Más concretamente las hipótesis de trabajo esperadas son:

- a. Los pacientes del Grupo de Intervención presentarán una mejoría significativa como consecuencia del programa de preparación psicológica en la percepción de los niveles de información sobre el trasplante, el estado físico y emocional, las relaciones familiares y sanitarias, las manifestaciones de ansiedad y depresión, y la percepción de la calidad de vida y salud. Estas diferencias serán evidentes en la comparación de los niveles de dichas variables en la entrevista inicial y en el día de ingreso a trasplante, manteniéndose durante el seguimiento.
- b. Los pacientes que participen en el programa de intervención pre-TPH presentarán menores niveles de ansiedad y depresión, antes y después del trasplante, en comparación con los pacientes que no reciben la intervención.
- c. Así mismo, los pacientes del Grupo de Intervención mostrarán en el momento de ingreso y posterior al trasplante, una percepción de su calidad de vida y su salud mucho más adaptativa que los pacientes que no reciban la preparación.
- d. Los pacientes que reciban la intervención presentarán una percepción del paso del tiempo más adaptativa, un estado de ánimo más positivo, además de una mayor actividad, que los pacientes del Grupo Control durante el aislamiento. Los mismos resultados se esperan con respecto a la percepción de síntomas físicos, durante su estancia en cámara de aislamiento.

## **2.3. Metodología**

### **2.3.1. Diseño**

El programa de intervención psicooncológica de la presente Tesis sigue un diseño cuasi-experimental (de caso típico) con medidas pre/post y grupo control.

### **2.3.2. Participantes**

- **Ámbito del estudio:** Unidad de TPH del Servicio de Hematología y Hemoterapia del Hospital Universitario “Virgen de las Nieves de Granada”.

- **Participantes del estudio:** Pacientes diagnosticados de una patología hematológica que requiera de un trasplante de médula y que se sometan al tratamiento en la Unidad de TPH del Servicio de Hematología y Hemoterapia del “Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada”.

- **Criterios de inclusión-exclusión:** Para participar en el estudio los pacientes tienen que cumplir los siguientes criterios de inclusión: ser candidato a trasplante por criterio

médico, realizar la firma del consentimiento informado (ver Anexo 1) para participar en el estudio y ser hombre o mujer mayor de 16 años. Los criterios de exclusión son: no cumplir los criterios de inclusión y/o el abandono voluntario del estudio por parte del paciente.

- **Tamaño muestral:** Está determinado por el número de pacientes a los que se diagnostica de un proceso hematológico y que sean candidatos a realizarles un trasplante, durante el tiempo que dure la investigación. En el periodo de investigación de este estudio (2007-2008) se estimaba que cada año en la Unidad de TPH del Servicio de Hematología y Hemoterapia del “Hospital Universitario Virgen de las Nieves”, se presentarían entre 25 y 30 trasplantes, por lo que se esperaba incluir entre 50 a 60 participantes. Como ya se ha señalado, aunque el TPH es un procedimiento que aumenta significativamente la tasa de supervivencia de pacientes con enfermedades oncohematológicas, supone ciertos riesgos para la vida del paciente, existiendo la probabilidad de fallecimiento durante y después del tratamiento. Debido a ello se ha producido una pérdida importante de participantes, sobre todo después del trasplante, quedando muy limitadas algunas de las evaluaciones posteriores, especialmente la evaluación +1 año.

- **Descripción de la muestra:** Se contemplan dos grupos principales de pacientes:

a) **Grupo de Intervención**, formado por aquellos pacientes que han accedido a participar en el estudio y a la aplicación de las sesiones del programa de intervención psicooncológica, desde el momento en el que han sido seleccionados para trasplante según criterio médico.

b) **Grupo Control**, formado por aquellos pacientes que han accedido a participar en el estudio a los cuales no se les ha aplicado el programa de intervención psicooncológica, debido a su dinámica de ingreso que no permite la puesta en marcha del mismo y/o a que no han deseado realizar las sesiones de intervención.

Se han realizado 53 entrevistas de información sobre el estudio, y se han llevado a cabo 46 evaluaciones iniciales, ya que 7 pacientes rechazaron la participación. Han realizado el programa de intervención psicológica 25 participantes (Grupo Intervención) y no lo han recibido 21 (Grupo Control). Finalmente, ingresan en trasplante 41 participantes (cuatro participantes salen del programa de trasplante debido a complicaciones de su patología), 24 del Grupo de Intervención y 17 del Grupo Control. Durante la estancia de aislamiento se han recogido los datos acerca de la percepción del tiempo, sintomatología física, la actividad general y el estado de ánimo en el día del

trasplante (día 0) al total de la muestra (41 participantes), mientras que la recogida de estos datos en el día de alta se ha realizado a 39 participantes, debido a que dos no se les pudo aplicar el registro de aislamiento el día de alta por complicaciones en su proceso de trasplante.

Con respecto a las evaluaciones posteriores a trasplante (+100 días, +6 meses y +1 año): de un total de 39 participantes que fueron dados de alta tras trasplante, se han realizado 28 "seguimientos +100 días" ya que 11 pacientes no fueron localizados o habían fallecido. Con respecto, a la evaluación +6 meses, la muestra se redujo a 23 pacientes, 12 del Grupo de Intervención y 11 del Grupo Control, ya que 14 pacientes no fueron localizados o habían fallecido. En lo referente a la evaluación + 1 año post-TPH, la disminución de la muestra es tan significativa que hace difícil el análisis de datos, se han realizado 18 evaluaciones, ya que 5 participantes no han sido localizados, por motivos de complicaciones o fallecimiento, por lo que se ha decidido no incluir este momento de evaluación en el trabajo,

Por todo ello, los datos que se analizan corresponden al periodo comprendido entre 2007 y 2008, incluyen a un total de 39 participantes con edades comprendidas entre los 17 y los 63 años, con una media de edad de 43.6 años (DT = 13.11). La evaluación inicial la realizan 21 participantes del Grupo de Intervención y 18 participantes del Grupo Control, 28 para la evaluación +100 días post-TPH (15 del Grupo Intervención y 13 del Grupo Control), y disminuye a 23 participantes para la evaluación +6 meses post-TPH (12 del Grupo de Intervención y 11 del Grupo Control). Como se observa en la tabla 3a, del total de muestra, 18 son hombres (43.2%) y 21 son mujeres (56.8%). La distribución por grupos de investigación, teniendo en cuenta el género (hombre o mujer) el tipo de trasplante (autólogo o alogénico) y la patología por la que reciben el procedimiento puede observarse las tablas 3a y 3b.

**Tabla 3a.**  
**Número de participantes y frecuencia de Grupo de Intervención y Control en función del género, diagnóstico y tipo de TPH. Evaluación Ingreso TPH**

	Sexo		Diagnóstico			Tipo TPH	
	Hombre	Mujer	Leucemia	Linfoma	Mieloma	Autólogo	Alogénico
<b>Grupo Intervención</b> n = 21 (56.8%)	9	12	10	8	3	13	8
<b>Grupo Control</b> n = 18 (43.2%)	7	9	2	10	4	14	2
<b>Totales</b> n = 39	18 (43.2%)	21 (56.8%)	12 (32.4%)	18 (48.6%)	9 (18.9%)	28 (75.7%)	11 (24.3%)

Tabla 3b.

Número de participantes y frecuencia de grupo de Intervención y Control en función del género, diagnóstico y tipo de TPH. Evaluación +100 días y +6 meses.

Evaluación +100	Sexo		Diagnóstico			Tipo TPH	
	Hombre	Mujer	Leucemia	Linfoma	Mieloma	Autólogo	Alogénico
<b>Grupo Intervención</b> n = 15 (53.6%)	5	9	6	7	2	8	7
<b>Grupo Control</b> n = 13 (46.4%)	5	8	2	7	4	13	0
<b>Totales</b> n = 28	11 (39.3%)	17 (60.7%)	8 (28.6%)	14 (50.0%)	6 (21.4%)	21 (75.0%)	7 (25.0%)
Evaluación +6 meses	Hombre	Mujer	Leucemia	Linfoma	Mieloma	Autólogo	Alogénico
<b>Grupo Intervención</b> n = 12 (52.2%)	6	6	4	6	2	7	5
<b>Grupo Control</b> n = 11 (47.8%)	3	8	2	5	4	11	0
<b>Totales</b> n = 23	9 (31.1%)	14 (60.9%)	6 (26.1%)	11 (47.8%)	6 (26.1%)	18 (78.3%)	5 (21.7%)

### 2.3.3. Instrumentos y medidas

1. **Historia clínica.** Las variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, situación familiar, escolaridad, situación laboral) y las variables clínicas (diagnóstico, estadio, tratamientos, tipo de TPH) se han obtenido a través de la consulta de la historia clínica y se han recogido en una hoja de datos creada para este estudio (ver Anexo 2).

2. **Información sobre la enfermedad.** Entendida como el grado que el paciente percibe de la calidad de la información que posee acerca de su enfermedad y de todo el proceso médico al que debe someterse. La evaluación se realiza a través de la entrevista creada para este estudio (ver anexos 3 y 4). Este instrumento de evaluación, con formato de entrevista semiestructurada, permite la recogida sistemática de datos acerca del nivel de comprensión de la información, el estado físico y emocional, la relación con equipo sanitario, el apoyo social y familiar, y la percepción del TPH. Cada una de estas dimensiones se evalúa, además, en una escala tipo Likert de 1 a 10 puntos.

3. **Ansiedad-Depresión.** Se ha utilizado la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) (Zigmond y Snaith, 1983). Es un instrumento especialmente diseñado para identificar y medir el malestar psicológico en pacientes con patología médica no psiquiátrica. Trata de identificar las dos formas más comunes de perturbación psicológica en pacientes con patología médica, esto es, la ansiedad y la depresión. Se trata de un instrumento de extenso uso en la evaluación de los concomitantes psicológicos de variadas patologías médicas, traducido y validado en diferentes idiomas

y países. Existen dos importantes revisiones de sus propiedades psicométricas y de sus aplicaciones en investigación (Bjelland Dahl *et al.*, 2002). La primera revisión resalta un comportamiento adecuado de esta herramienta para evaluar cambios en el estado psicológico producidos por las intervenciones psicosociales (sensibilidad al cambio). Esta escala ha sido ampliamente utilizada en pacientes oncológicos para medir *distress* (Gercovich *et al.*, 2009; Vodermaier y Millman, 2011). Presenta una sensibilidad / especificidad del 70 y 75% para la detección de los trastornos de depresión mayor, además de 75% en sensibilidad y del 75% en especificidad para la de los trastornos adaptativos y, en pacientes oncohematológicos, alrededor del 70% (Costa *et al.*, 2009). Se compone de 14 ítems: 7 de ansiedad y 7 ítems de depresión.

**4. Calidad de vida.** Ha sido evaluada a través del Cuestionario EORTC.QLQ.C30 V 0.3 (Arrarás, 2011; Arrarás *et al.*, 1995; Sprangers *et al.*, 1993). Es un instrumento para evaluar de manera específica la calidad de vida en sus diferentes dimensiones en pacientes con cáncer. Consta de 30 ítems distribuidos en cinco escalas funcionales (funcionamiento físico, rol, funcionamiento social, funcionamiento emocional y funcionamiento cognitivo), y tres escalas de síntomas (fatiga, dolor, náuseas y vómitos). Asimismo, el cuestionario incorpora una escala global de salud/calidad de vida y algunos ítems individuales que evalúan distintos síntomas de la enfermedad y/o del tratamiento (disnea, insomnio, pérdida de apetito, estreñimiento, diarrea e impacto financiero). Una mayor puntuación en las escalas funcionales del EORTC, indica una mejor calidad de vida y una mayor puntuación en las escalas de síntomas, indica una peor calidad de vida (Arrarás, 2011). Para este trabajo se han utilizado las puntuaciones de la Escala Global, a través de la valoración del Estado de Salud y de Calidad de Vida.

**5. Registro de la percepción del paso del tiempo, síntomas físicos y estado de ánimo.** La tendencia imperante a adaptar la evaluación a la realidad asistencial de estos pacientes (Hernández *et al.*, 2007) lleva al desarrollo de instrumentos ultracortos que requieren menos de dos minutos para completarse (Mitchell, 2007; Mitchell y Coyne, 2007; Mitchell *et al.*, 2008). Así por ejemplo, al Termómetro de malestar psíquico-DT se responde con un solo ítem sobre una escala graduada de 0 a 10 (Davey *et al.*, 2007). Sin embargo para Mitchell (2007) su precisión es escasa, con mayor especificidad que sensibilidad, 85 y 55% respectivamente. En España Bayés *et al.* (2000a, 2001, 2002a) concluyen que con una pregunta sobre la percepción que tiene el paciente sobre el paso del tiempo (largo, corto) se puede evaluar de forma sencilla el bienestar o el sufrimiento percibido. Basándose en las ideas de Davey *et al.* (2007) y Bayés *et al.* (2000a, 2001, 2002a) en el presente estudio se ha creado un nuevo registro donde se pregunta a los

pacientes sobre la percepción de alargamiento o acortamiento del tiempo, estado emocional, nivel de actividad y síntomas físicos (náuseas, vómitos, dolor e insomnio). Dichas dimensiones se valoran en una escala Lickert de 1 al 10, que permite realizar un seguimiento continuo, recogiendo los datos de percepción del tiempo, síntomas físicos, estado de ánimo y actividad en la cámara en el día de infusión de progenitores hematopoyéticos (Día +0) y el en día de alta (ver Figura 2).

**Figura 2:**

**Registro de percepción del tiempo, actividad general, estado de ánimo y percepción de sintomatología física (náuseas, vómitos, dolor e insomnio) en el Día 0 y Día de Alta durante la estancia de aislamiento**

Fecha de Inicio: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      Fecha de Finalización: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**DIA +0**

*Percepción del Paso del Tiempo*  
*Barrota Escala*  
*en Cámara de Aislamiento*

ACTIVIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	2									
	3									
	4									
	5									
	6									
	7									
	8									
	9									
ACTIVIDAD	10									

**DIA ALTA**

*Percepción del Paso del Tiempo*  
*Barrota Escala*  
*en Cámara de Aislamiento*

ACTIVIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	2									
	3									
	4									
	5									
	6									
	7									
	8									
	9									
ACTIVIDAD	10									

**DIA +0**

	ACTIVO	ACTIVO	ACTIVO	ACTIVO						
NÁUSEAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
VÓMITOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DOLOR	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
INSOMNIO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	ACTIVO	ACTIVO	ACTIVO	ACTIVO						
ACTIVIDAD GENERAL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ESTADO DE ANIMO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**DIA ALTA**

	ACTIVO	ACTIVO	ACTIVO	ACTIVO						
NÁUSEAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
VÓMITOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DOLOR	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
INSOMNIO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	ACTIVO	ACTIVO	ACTIVO	ACTIVO						
ACTIVIDAD GENERAL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ESTADO DE ANIMO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

#### 2.4. Intervención de preparación psicooncológica al TPH

Como se ha comentado anteriormente, el objetivo de la preparación psicooncológica previa a TPH es favorecer la adaptación al proceso, amortiguando el impacto psicológico y el sufrimiento asociado. Se trata de identificar y anticipar las necesidades, preocupaciones y dificultades de los pacientes y familiares. Además, se potencian los recursos que permitan disminuir, en lo posible, los efectos negativos como son la ansiedad, la depresión, la indefensión (Arranz y Coca, 2003). Todo ello se realiza teniendo en cuenta las diferencias individuales de los pacientes y sus propios auto-recursos de afrontamiento.

El programa comprende cuatro módulos generales que se realizan durante la dinámica hospitalaria de preparación a TPH.

**Módulo 1. Análisis de las dudas, miedos y temores:** el objetivo es identificar y rectificar las percepciones erróneas y fomentar la comunicación con el personal sanitario. El procedimiento a seguir es:

- Preguntar por la información que posee sobre TPH.
- Analizar con el paciente todo lo explicado por el médico responsable (efectos secundarios, dinámica, etc.).
- Hacer hincapié en la importancia de que sus dudas sean aclaradas por profesionales.
- Si es necesario, coordinar con el médico responsable la corrección de los errores informativos del paciente.
- Explicar todos los detalles relacionados con horarios de visita, acceso a la unidad de trasplante, etc.
- Visitar la habitación de aislamiento con el objetivo de disminuir el impacto emocional cuando deba ingresar para TPH.

**Módulo 2. Identificación del estilo de afrontamiento del paciente:** indagar y reforzar actitudes positivas y fomentar un afrontamiento activo.

- Preguntar al paciente sobre otras situaciones vividas que le hayan generado indefensión (sensación de pérdida de control en su vida).
- Analizar los recursos que pone en marcha para hacer frente a situaciones complicadas o estresantes.
- Analizar si esos recursos fomentarán la adaptación durante su ingreso en aislamiento.
- Si es necesario, modificar los auto-recursos para adaptarlos al proceso de trasplante.
- Fomentar la importancia de la colaboración del paciente con todo el personal sanitario (enjuagues, alimentación, entretenimiento, etc.).
- Informar que disponen en la unidad de trasplante de televisión y ordenador portátil con conexión a Internet.
- Generar una lista de todo lo que puede llevar consigo al aislamiento (música, móvil, libros, tapones auditivos, etc.).

**Módulo 3. Manejo del estrés:** educar sobre los componentes del estrés, a través del análisis de las propias reacciones de los pacientes y entrenar en técnicas de relajación.

- Informar al paciente sobre el funcionamiento del estrés.
- Identificar las fuentes de estrés del paciente.

- Reconocer las reacciones propias de los pacientes ante acontecimientos estresantes.
- Explicar la relación del estrés con pensamientos negativos.
- Analizar cómo cambiando los pensamientos irracionales podemos controlar el estrés (entrenamiento cognitivo).
- Entrenamiento en respiración diafragmática, entregando al paciente un documento explicativo.

**Módulo 4. Preparación a nivel familiar:** proporcionar herramientas útiles al paciente a través del control de situaciones estresantes que pueden perjudicar las relaciones paciente-familia.

- Analizar la percepción de la calidad de la relación familiar que el paciente tiene sobre los que lo rodean. Identificar el estilo comunicativo familiar.
- Indagar sobre dudas y temores, sobre qué aspectos pueden interferir en la estancia de aislamiento (sobrepotección, excesiva atención, etc.).
- Informar sobre posibles situaciones conflictivas durante el periodo de aislamiento del paciente (estados emocionales ansiosos y/o depresivos, irritabilidad, apatía, etc.).
- Informar sobre posibles recursos para ayudar al paciente durante su periodo de aislamiento (controlar el número de visitas según las necesidades del paciente, permitir que decida cuando necesita que la visita termine, adjudicar a un miembro de la familia para que sea el portavoz del resto de la familia, facilitar la comunicación paciente-familia-personal sanitario).

Este programa de intervención psicooncológica consta de 4 sesiones de aproximadamente una hora de duración, que varían en función de las demandas del paciente. La periodicidad viene determinada por la dinámica de ingreso, de tal forma que, los pacientes que ingresan para aféresis reciben dichas sesiones en ese periodo (una sesión diaria) y los pacientes que no requieren ingreso reciben las sesiones con una periodicidad de dos semanales. Se realiza de forma individualizada, aunque se permite la estancia de un familiar, si así lo desea el paciente, en cada una de ellas.

## 2.5. Procedimiento

Al inicio del trabajo, la distribución de los participantes a uno de estos grupos estaba determinada, exclusivamente, por su pertenencia al Servicio de Hematología y Hemoterapia “Hospital Universitario Virgen de las Nieves” o por su derivación de otros servicios u hospitales para la realización del trasplante. De esta manera, los pacientes

diagnosticados en esta unidad, confirmada su colaboración, pasaban directamente al Grupo de Intervención, mientras que, los pacientes derivados por otros hospitales y servicios, debido a su dinámica de ingreso, directa a trasplante, pasaban a formar parte del Grupo Control. No obstante, se observó que, algunos pacientes del Servicio de Hematología y Hemoterapia del “Hospital Universitario Virgen de las Nieves”, ingresaban directamente a trasplante sin poder realizar la intervención psicológica. Así mismo, otros pacientes pertenecientes a otros servicios u hospitales eran ingresados antes del trasplante para realizar la aféresis y, debido a la no pertenencia al Servicio de Hematología y Hemoterapia del “Hospital Universitario Virgen de las Nieves”, no se les realizaba la intervención psicológica. Por ello, se decidió que la pertenencia de los pacientes a los grupos de investigación se determinara por la facilidad de realización de las fases de intervención, independientemente de la unidad u hospital de procedencia. De este modo, los pacientes que ingresan para tratamiento previo a trasplante (quimioterapia y/o aféresis) tras su consentimiento, pasaban a formar parte del Grupo de Intervención, mientras que el resto pasaban a formar parte del Grupo Control.

La captación de los sujetos para el estudio se lleva a cabo en sesión clínica donde el equipo médico concluye la necesidad del trasplante para el paciente, bien cuando se acaba de conocer el diagnóstico y/o el paciente se encuentra en tratamiento en la unidad, o cuando el trasplante es solicitado desde otros servicios u hospitales. A continuación, se describe el procedimiento para cada uno de los grupos:

#### **a. Grupo de Intervención**

1) Primera aplicación de los cuestionarios y entrevistas (Entrevista de Evaluación, HADS y EORTC.QLQ.C30 V 0.3). Una vez seleccionado el paciente según criterio médico para el trasplante se realizaba un “Primer contacto”, durante los tratamientos previos en planta de hospitalización o en hospital de día (ambulatorio). En una sala preparada para ello donde se reúnen el paciente y los familiares que desea, se le explica el estudio, firmando el consentimiento informado (ver anexos 4a y 4b) y se realiza la entrevista (recogida de datos sociodemográficos, médicos, etc., nivel de comprensión de la información, el estado físico y emocional, la relación con equipo sanitario, el apoyo social y familiar, y la percepción del TPH) y la primera aplicación de cuestionarios (niveles de ansiedad-depresión y calidad de vida). En general, esta fase se realiza aproximadamente un mes antes del ingreso a trasplante.

2) Intervención Psicológica Pre-TPH. Consiste en cuatro sesiones, durante tratamiento previo al TPH. Se realiza en función de la dinámica de tratamientos médicos previos a trasplante. Si el paciente es ingresado antes del trasplante para otros procedimientos médicos (por ejemplo: quimioterapia, leucoaféresis, etc.), las sesiones

se adaptan a esta dinámica realizándose durante el periodo de ingreso. Si el paciente no requiere ingreso previo al trasplante, recibe el tratamiento de forma ambulatoria, y las sesiones son planificadas en función de sus visitas al hospital haciendo coincidir dichas visitas con las sesiones de intervención.

3) La segunda aplicación de entrevista y cuestionarios (HADS y EORTC.QLQ.C30 V 0.3), se realiza cuando ingresa a trasplante. Una vez ingresado el paciente en la unidad de aislamiento, se le realiza la entrevista (nivel de comprensión de la información, el estado físico y emocional, la relación con equipo sanitario, el apoyo social y familiar, y la percepción del TPH) y se completan los cuestionarios HADS y EORTC.QLQ.C30 V 0.3.

4) Los registros de aislamiento, percepción del tiempo, estado de ánimo, actividad y síntomas físicos se realizan unos días después del ingreso, determinados por el protocolo médico. En concreto, en el Día 0, cuando se procede a la infusión de progenitores hematopoyéticos y en Día de Alta, cuando el paciente cumple los criterios para volver a casa. Es la propia investigadora la que realiza las preguntas referentes a la percepción del paciente en estas dimensiones. La estancia media en aislamiento depende del tipo del trasplante al que paciente debe someterse, calculándose una media de 21 días para los trasplante autólogos y de 25 días para los trasplantes alogénicos. En función del protocolo de tratamiento los pacientes ingresan en aislamiento de 8 a 6 días antes del Día 0 en los casos de Leucemias y Linfomas, mientras que en Mieloma Múltiple los pacientes ingresa 3 ó 2 días antes del Día 0.

5) Seguimiento +100 días, +6 meses y +1 año. Se realizan citando a los pacientes en los momentos estimados, haciendo coincidir estas citas con el seguimiento médico. En todas las evaluaciones se realiza la entrevista (nivel de comprensión de la información, el estado físico y emocional, la relación con equipo sanitario, el apoyo social y familiar, y la percepción del TPH) y se aplica el HADS y el EORTC.QLQ.C30 V 0.3

En resumen, estos pacientes son evaluados en cinco ocasiones: en tratamiento, a ingreso a trasplante, a +100 días, a +6 meses y a +1 año. El programa de intervención se realiza entre la primera y la segunda evaluación.

## **b. Grupo Control**

1) Primera aplicación de los cuestionarios y entrevistas (Entrevista de Evaluación, HAD y EORTC.QLQ.C30 V 0.3). El primer contacto se realiza cuando los pacientes ingresan a trasplante. Una vez ingresado el paciente en la unidad de trasplante se le explican los objetivos del estudio, firmando el consentimiento informado (ver Anexo 4). Además, se realiza la entrevista (recogida de datos sociodemográficos,

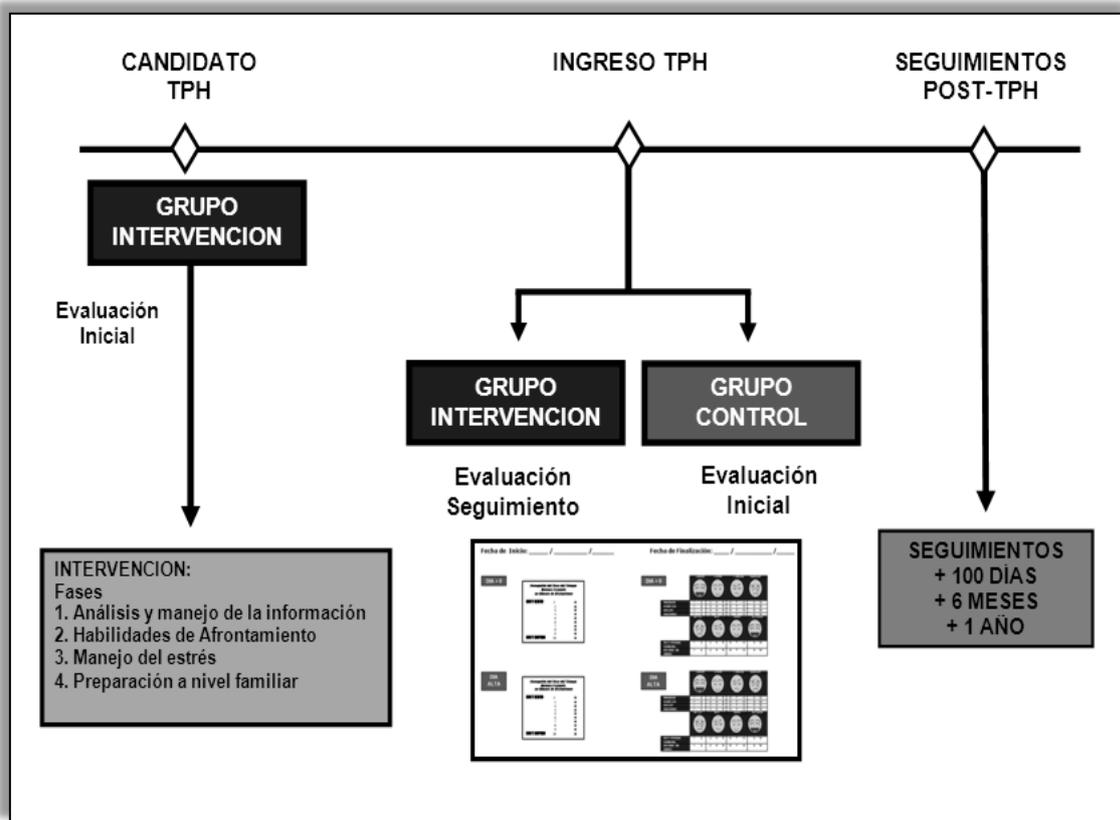
médicos, etc., nivel de comprensión de la información, el estado físico y emocional, la relación con equipo sanitario, el apoyo social y familiar, y la percepción del TPH), llevándose a cabo la primera aplicación de cuestionarios HADS y EORTC.QLQ.C30 V 0.3

2) Los registros de aislamiento, percepción del tiempo, estado de ánimo, actividad y síntomas físicos se realizan unos días después del ingreso, determinados por el protocolo médico, en la misma forma y tiempo que para el Grupo de Intervención.

3) Seguimiento +100 días, +6 meses y +1 año se realizan citando a los pacientes en los momentos estimados, haciendo coincidir estas citas con el seguimiento médico. En todas las evaluaciones se lleva a cabo la entrevista (nivel de comprensión de la información, el estado físico y emocional, la relación con equipo sanitario, el apoyo social y familiar, y la percepción del TPH) y se aplica el HADS y el EORTC.QLQ.C30 V 0.3.

En resumen, a este grupo se les evaluó en cuatro ocasiones: a ingreso a trasplante, a +100 días, a +6 meses y a +1 año. En la Figura 3 puede observarse de forma sistematizada el protocolo de actuación en función de los grupos.

**Figura 3:**  
**Esquema General del Protocolo de Actuación del Estudio**



## **2.6. Análisis estadísticos**

Se han realizado análisis descriptivos, de medias y desviaciones típicas para las variables cuantitativas y de frecuencias para las cualitativas. Las diferencias se han analizado utilizando la prueba *t* (para muestras independientes y relacionadas) y modelos lineales para medidas repetidas (estadístico Lambda de Wilks). En todos los casos se ha tenido en cuenta los supuestos de homogeneidad de las varianzas (prueba de Levene). Para todos estos análisis se ha utilizado el paquete estadístico SPSS versión 16.0.

## **2.7. Resultados**

A continuación se presentan los resultados de acuerdo con los objetivos planteados. En primer lugar se comparan los valores de las variables recogidas en la primera evaluación en función del grupo (Intervención y Control), el género (hombre y mujer) y el tipo de trasplante (autólogo y alogénico). Los datos iniciales son dimensiones de la entrevista (nivel de comprensión de la información, el estado físico y emocional, la relación con equipo sanitario, el apoyo social y familiar, y la percepción del TPH), niveles de ansiedad y depresión (HADS) y, percepción de salud y calidad de vida (EORTC.QLQ.C30 V 0.3). En segundo lugar, se presentan los cambios en el Grupo de Intervención entre la primera evaluación y el día de ingreso. En tercer lugar, se analizan las diferencias entre los Grupos de Intervención y Control, en las dimensiones señaladas en la entrevista, en relación con los tiempos de medición (Ingreso a TPH y +100 días de TPH), en los niveles de ansiedad-depresión (HADS) y percepción de los niveles de calidad de vida y salud (EORTC.QLQ.C30 V 0.3). En cuarto lugar, se comprueban las diferencias entre los grupos en el estado de ánimo, nivel de la percepción subjetiva del tiempo, el nivel de actividad y la percepción de la sintomatología física durante la estancia de aislamiento a través del Registro Aislamiento, en el Día 0 y en el Día de alta. Y por último, se analizan las diferencias entre el Grupo Intervención y el Grupo Control a los seis meses del trasplante.

### **2.7.1. Comparación entre grupos en la evaluación inicial**

En este apartado se comparan los valores iniciales en las variables registradas, antes de que ninguno de los pacientes hubiese recibido intervención psicológica, o lo que es lo mismo, en la entrevista de acogida. Como ya se ha explicado anteriormente, el Grupo de Intervención recibía las cuatro sesiones del programa de intervención psicooncológica cuando los pacientes estaban en tratamiento médico previo al TPH, por lo que, en comparación con el Grupo Control, realizaban una primera evaluación

aproximadamente un mes antes del ingreso a TPH. En cambio los participantes del Grupo Control realizaban su primera evaluación al ingreso en la unidad de TPH.

En la Tabla 3 se presentan las diferencias entre el Grupo de Intervención (n = 21) y el Grupo Control (n = 18) mostrando las medias y las desviaciones típicas para cada una de las variables (dimensiones de la entrevista, ansiedad y depresión medido por el HADS y percepción de salud y calidad de vida, recogido por el EORTC.QLQ.C30 V 0.3), así como los resultados de la comparación entre los grupos, a través del estadístico *t*. No existen diferencias entre ambos grupos, en ninguna de las medidas analizadas. Es decir, los valores de las variables en los pacientes del Grupo de Intervención antes del la aplicación del programa de intervención psicooncológica son similares a los valores del Grupo Control en su primera evaluación al ingreso al trasplante.

**Tabla 3.**  
**Medias (ME), desviaciones típicas (DT) y prueba *t* para el análisis de las diferencias entre el Grupo de Intervención y el Grupo Control en la evaluación inicial**

Variable	Grupos	ME	(DT)	<i>t</i>	<i>p</i>
<b>Información</b>	Intervención	4.66	(1.19)	-1.188	.243
	Control	5.18	(1.47)		
<b>Estado Físico</b>	Intervención	4.60	(1.28)	-1.273	.211
	Control	5.18	(1.42)		
<b>Estado Emocional</b>	Intervención	5.09	(1.34)	-0.559	.580
	Control	5.37	(1.70)		
<b>Equipo Sanitario</b>	Intervención	8.66	(1.24)	1.457	.154
	Control	7.93	(1.80)		
<b>Familia</b>	Intervención	9.42	(1.21)	0.643	.525
	Control	9.12	(1.67)		
<b>TPH</b>	Intervención	2.80	(1.43)	-1.765	.086
	Control	3.68	(1.58)		
<b>Ansiedad</b>	Intervención	12.2	(3.57)	-0.303	.764
	Control	12.6	(4.17)		
<b>Depresión</b>	Intervención	8.66	(5.33)	0.067	.947
	Control	8.56	(3.63)		
<b>Salud</b>	Intervención	3.33	(0.91)	-0.764	.450
	Control	3.56	(0.89)		
<b>Calidad de Vida</b>	Intervención	3.42	(0.74)	-0.035	.973
	Control	3.43	(0.81)		

\**p*<.05/ \*\**p*<.01

La Tabla 4 muestra los resultados para la comparación de las mismas variables en función del sexo (hombres n = 18, mujeres n = 21). No se encuentran diferencias significativas en ninguna de las variables analizadas.

**Tabla 4.**  
**Medias (ME), desviaciones típicas (DT) y prueba t para el análisis de las diferencias en función del sexo en la evaluación inicial**

<b>Variable</b>	<b>Grupos</b>	<b>ME</b>	<b>(DT)</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>Información</b>	Hombre	4.50	(1.26)	-1.599	.119
	Mujer	5.19	(1.33)		
<b>Estado Físico</b>	Hombre	4.81	(1.72)	-0.202	.841
	Mujer	4.90	(1.04)		
<b>Estado Emocional</b>	Hombre	5.25	(1.69)	0.118	.906
	Mujer	5.19	(1.36)		
<b>Equipo Sanitario</b>	Hombre	8.25	(1.48)	-0.347	.731
	Mujer	8.42	(1.60)		
<b>Familia</b>	Hombre	9.25	(1.48)	-0.175	.862
	Mujer	9.33	(1.39)		
<b>TPH</b>	Hombre	2.93	(1.52)	-0.863	.394
	Mujer	3.38	(1.56)		
<b>Ansiedad</b>	Hombre	13.1	(3.72)	1.007	.321
	Mujer	11.8	(3.85)		
<b>Depresión</b>	Hombre	9.75	(5.12)	1.311	.198
	Mujer	7.76	(4.10)		
<b>Salud</b>	Hombre	3.75	(1.00)	1.947	.060
	Mujer	3.19	(0.75)		
<b>Calidad de Vida</b>	Hombre	3.68	(0.79)	1.826	.076
	Mujer	3.24	(0.70)		

\* $p < .05$  / \*\* $p < .01$

Por último, se analizan las diferencias en las diversas variables en función del tipo de trasplante. De este modo se diferencian dos grupos, Autólogo ( $n = 28$ ) y Alogénico ( $n = 11$ ). Como se puede observar en la Tabla 5, existen diferencias entre los grupos en la percepción del estado emocional ( $t = 2.138$ ;  $p = .040$ ), mostrando una mejor percepción de su estado anímico los pacientes que debían someterse a un trasplante autólogo ( $ME = 5.00$ ;  $DT = 1.30$ ), en comparación con los pacientes que deben someterse a un trasplante alogénico ( $ME = 4.33$ ;  $DT = 1.12$ ). También aparecen diferencias en referencia a la información que los pacientes tienen sobre el procedimiento de trasplante ( $t = 2.924$ ;  $p = .006$ ), mostrando una mejor percepción del mismo para los pacientes que debían someterse a un trasplante autólogo ( $ME = 3.57$ ;  $DT = 1.55$ ), en comparación con los pacientes que deben someterse a un trasplante alogénico ( $ME = 2.00$ ;  $DT = 0.70$ ). No se hallaron diferencias significativas entre los grupos en las demás variables estudiadas.

Tabla 5.

Medias (ME), desviaciones típicas (DT) y prueba *t* para el análisis de las diferencias en función del tipo de trasplante en la evaluación inicial

Variable	Grupos	ME	(DT)	<i>t</i>	<i>p</i>
Información	Autólogo	5.00	(1.39)	0.870	.390
	Alogénico	4.55	(1.13)		
Estado Físico	Autólogo	5.00	(1.30)	1.070	.292
	Alogénico	4.44	(1.51)		
Estado Emocional	Autólogo	5.50	(1.50)	2.138	<b>.040*</b>
	Alogénico	4.33	(1.12)		
Equipo Sanitario	Autólogo	8.25	(1.60)	-0.705	.485
	Alogénico	8.66	(1.32)		
Familia	Autólogo	9.25	(1.35)	-0.355	.725
	Alogénico	9.44	(1.66)		
TPH	Autólogo	3.57	(1.55)	2.924	<b>.006**</b>
	Alogénico	2.00	(0.70)		
Ansiedad	Autólogo	12.2	(3.94)	-0.636	.529
	Alogénico	13.1	(3.40)		
Depresión	Autólogo	8.14	(4.72)	-1.117	.272
	Alogénico	10.1	(4.13)		
Salud	Autólogo	3.57	(0.83)	1.702	.098
	Alogénico	3.00	(1.00)		
Calidad de Vida	Autólogo	3.53	(0.74)	1.471	.150
	Alogénico	3.11	(0.78)		

\**p*<.05/ \*\**p*<.01

### 2.7.2. Diferencias en el Grupo de Intervención, antes y después, del programa de intervención psicológica

Las tablas 6a y 6b muestran el análisis de las diferencias entre la primera y segunda evaluación (evaluación inicial y día de ingreso) para el Grupo de Intervención. Se incluyen las medias, desviaciones típicas, el valor del estadístico *t* para muestras relacionadas y el valor de probabilidad, así como el tamaño del efecto.

Tabla 6a.

Medias (ME), desviaciones típicas (DT), tamaño del efecto y prueba *t* para el análisis de las diferencias en el Grupo de Intervención

Variable	Evaluación	ME	(DT)	Tamaño Efecto	<i>t</i>	<i>p</i>
Información	Inicial	4.67	(1.20)	-3.65	-14.252	<b>.000**</b>
	Ingreso	7.76	(0.44)			
Estado Físico	Inicial	4.62	(1.29)	-1.91	-9.137	<b>.000**</b>
	Ingreso	6.90	(1.09)			
Estado Emocional	Inicial	5.10	(1.34)	-2.84	-9.695	<b>.000**</b>
	Ingreso	8.06	(0.74)			
Equipo Sanitario	Inicial	8.67	(1.24)	-0.46	-2.586	<b>.018**</b>
	Ingreso	9.19	(0.98)			

\**p*<.05/ \*\**p*<.01

Existen diferencias significativas para todas las variables, excepto para la percepción de las relaciones familiares. En todos los casos, estas diferencias indican una mejoría en los niveles de las variables evaluadas. Destacar la magnitud del tamaño del efecto para todas las variables, excepto para las relaciones con el equipo sanitario.

**Tabla 6b.**  
**Medias (ME), desviaciones típicas (DT), tamaño del efecto y prueba t para el análisis de las diferencias en el Grupo de Intervención**

Variable	Evaluación	ME	(DT)	Tamaño Efecto	t	p																																														
Familia	Inicial	9.43	(1.21)	-0.25	-1.300	.208																																														
	Ingreso	9.71	(0.64)				TPH	Inicial	2.81	(1.44)	-3.99	-13.926	.000**	Ingreso	7.14	(0.73)	Ansiedad	Inicial	12.2	(3.58)	1.90	10.316	.000**	Ingreso	6.05	(2.91)	Depresión	Inicial	8.67	(5.33)	1.09	5.080	.000**	Ingreso	4.24	(2.79)	Salud	Inicial	3.33	(0.91)	-2.82	-10.869	.000**	Ingreso	5.57	(0.68)	Calidad Vida	Inicial	3.43	(0.75)	-2.80	-9.741
TPH	Inicial	2.81	(1.44)	-3.99	-13.926	.000**																																														
	Ingreso	7.14	(0.73)				Ansiedad	Inicial	12.2	(3.58)	1.90	10.316	.000**	Ingreso	6.05	(2.91)	Depresión	Inicial	8.67	(5.33)	1.09	5.080	.000**	Ingreso	4.24	(2.79)	Salud	Inicial	3.33	(0.91)	-2.82	-10.869	.000**	Ingreso	5.57	(0.68)	Calidad Vida	Inicial	3.43	(0.75)	-2.80	-9.741	.000**	Ingreso	5.62	(0.81)						
Ansiedad	Inicial	12.2	(3.58)	1.90	10.316	.000**																																														
	Ingreso	6.05	(2.91)				Depresión	Inicial	8.67	(5.33)	1.09	5.080	.000**	Ingreso	4.24	(2.79)	Salud	Inicial	3.33	(0.91)	-2.82	-10.869	.000**	Ingreso	5.57	(0.68)	Calidad Vida	Inicial	3.43	(0.75)	-2.80	-9.741	.000**	Ingreso	5.62	(0.81)																
Depresión	Inicial	8.67	(5.33)	1.09	5.080	.000**																																														
	Ingreso	4.24	(2.79)				Salud	Inicial	3.33	(0.91)	-2.82	-10.869	.000**	Ingreso	5.57	(0.68)	Calidad Vida	Inicial	3.43	(0.75)	-2.80	-9.741	.000**	Ingreso	5.62	(0.81)																										
Salud	Inicial	3.33	(0.91)	-2.82	-10.869	.000**																																														
	Ingreso	5.57	(0.68)				Calidad Vida	Inicial	3.43	(0.75)	-2.80	-9.741	.000**	Ingreso	5.62	(0.81)																																				
Calidad Vida	Inicial	3.43	(0.75)	-2.80	-9.741	.000**																																														
	Ingreso	5.62	(0.81)																																																	

\* $p < .05$  / \*\* $p < .01$

### 2.7.3. Diferencias entre el Grupo de Intervención y el Grupo Control en función del momento de evaluación (ingreso a TPH y día +100)

En este apartado se presentan los resultados de la comparación entre los grupos, en función del momento de evaluación para las diferentes variables. Para el análisis se ha utilizado un modelo lineal general de medidas repetidas, 2x(2), con dos niveles para el factor entre-grupos, en función de si los participantes habían seguido o no, el programa de intervención previo al trasplante (Grupo de Intervención y Grupo Control) y dos niveles para el factor intra-sujetos, correspondientes a los dos momentos de la evaluación (Tiempo) (día de ingreso y a los +100 días). La muestra se redujo en 9 pacientes en la evaluación +100 ( $n = 28$ ), de manera que 15 eran del Grupo de Intervención y 13 del Grupo Control.

#### 2.7.3.1. Comprensión de la información, estado físico y emocional, relación con equipo sanitario, apoyo social y familiar y percepción del TPH

En la Tabla 7 se presentan las medias, desviaciones típicas y el resultado de las diferencias entre los grupos, el momento de la evaluación y la interacción en las diferentes variables. En las figuras 4, 5 y 6 se puede observar los valores para cada variable en ambos grupos, el día de ingreso y el día +100.

Tabla 7.

Medias (ME), desviaciones típicas (DT) y análisis de las diferencias (Lambda de Wilks) en función del momento de la evaluación, interacción y grupo para las dimensiones de la entrevista

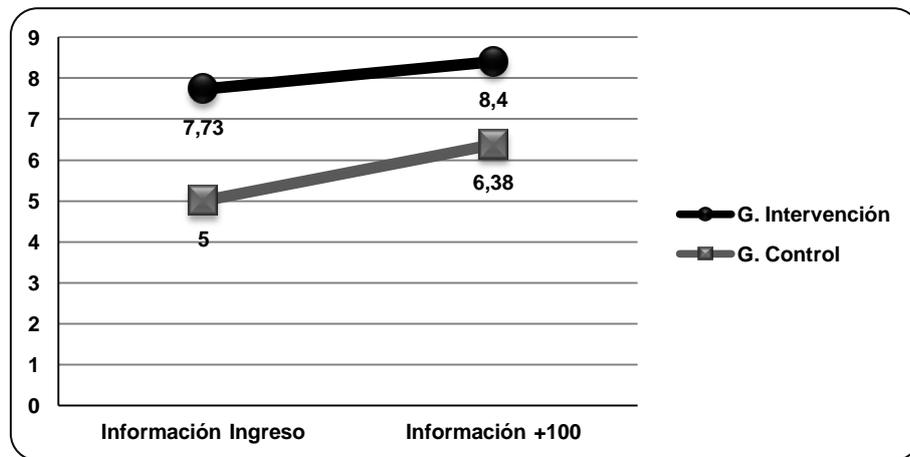
Variable	Grupos	ME (DT) Ingreso	ME (DT) +100 Días	Factor	F	p
<b>Información</b>	Intervención	7.73 (0.46)	8.40 (0.98)	Tiempo	37.330	<b>.000**</b>
	Control	5.00 (1.41)	6.38 (0.39)	Tiempo # Grupo	4.573	<b>.042**</b>
				Grupo	38.229	<b>.000**</b>
<b>Estado Físico</b>	Intervención	7.27 (1.03)	7.67 (1.45)	Tiempo	2.388	.134
	Control	5.00 (1.35)	5.38 (0.96)	Tiempo # Grupo	0.001	.976
				Grupo	33.448	<b>.000**</b>
<b>Estado Emocional</b>	Intervención	7.87 (0.74)	8.67 (0.97)	Tiempo	2.868	.102
	Control	5.31 (1.84)	5.31 (1.03)	Tiempo # Grupo	2.868	.102
				Grupo	58.280	<b>.000**</b>
<b>Equipo Sanitario</b>	Intervención	9.33 (0.97)	9.73 (0.59)	Tiempo	2.385	.135
	Control	7.77 (1.92)	7.92 (1.50)	Tiempo # Grupo	0.471	.499
				Grupo	13.241	<b>.001**</b>
<b>Familia</b>	Intervención	9.80 (0.56)	9.87 (0.35)	Tiempo	0.217	.645
	Control	8,92 (1.80)	9.08 (1.12)	Tiempo # Grupo	0.034	.855
				Grupo	6.340	<b>.018**</b>
<b>TPH</b>	Intervención	7.27 (0.70)	8.00 (1.07)	Tiempo	14.589	<b>.001**</b>
	Control	3.62 (1.61)	4.92 (1.84)	Tiempo # Grupo	1.155	.292
				Grupo	59.327	<b>.000**</b>

\*  $p < .05$  / \*\*  $p < .01$

Con respecto al nivel de información, se encuentran diferencias significativas entre los dos momentos de la evaluación ( $F_{1,26} = 37.330$ ,  $p = .000$ ), la variable Grupo ( $F_{1,26} = 38.229$ ,  $p = .000$ ) y la interacción ( $F_{1,26} = 4.573$ ,  $p = .042$ ), por lo que independientemente del grupo, existe un aumento en el nivel de información en la segunda medida realizada tras el trasplante. Por otra parte, existen diferencias entre los grupos, de modo que el Grupo de Intervención, presenta valores más altos que el Grupo Control en dicha variable. Finalmente, los cambios a lo largo del tiempo presentan patrones diferentes para cada grupo (ver Figura 4).

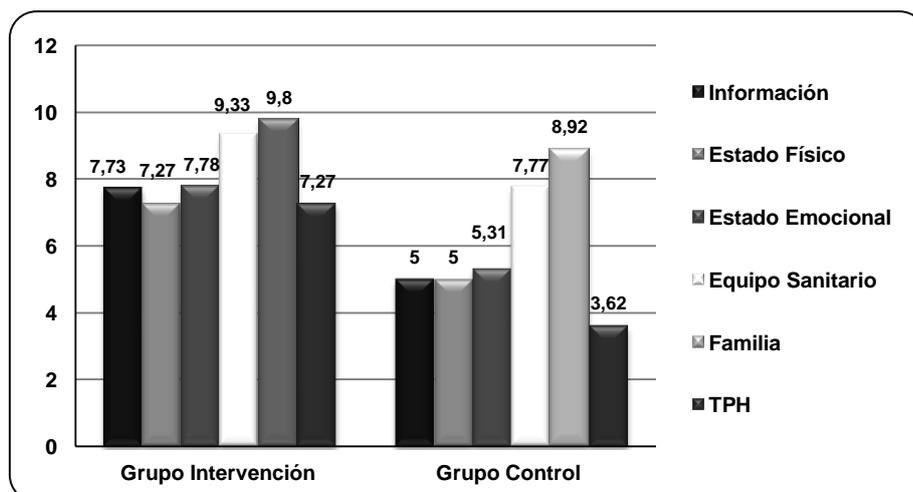
En lo referente al estado físico y emocional, no se encuentran diferencias significativas en la variable Tiempo, así como tampoco en la interacción, aunque si se encuentran diferencias en la variable Grupo, para el estado físico ( $F_{1,26} = 33.448$ ,  $p = .000$ ) y para el estado emocional ( $F_{1,26} = 58.280$ ,  $p = .000$ ). Es decir, el Grupo de Intervención presenta una percepción del estado físico y emocional más positiva que el Grupo Control. También se observan diferencias significativas para la variable Grupo, en la relación con el equipo sanitario ( $F_{1,26} = 13.241$ ,  $p = .001$ ) y la relación familiar ( $F_{1,26} = 6.340$ ,  $p = .018$ ). En ambos casos, estos resultados indican que el Grupo de Intervención, percibe mejores relaciones, tanto con el equipo médico, como a nivel familiar.

**Figura 4.**  
Puntuaciones en nivel de información al ingreso a TPH y +100 días post-TPH para el Grupo de Intervención y el Grupo Control

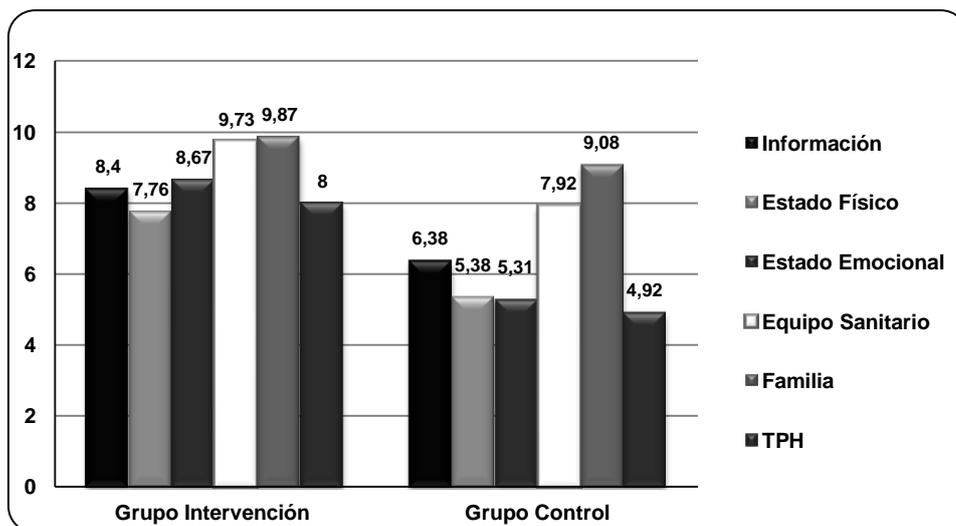


Por último, en referencia al nivel de conocimiento sobre el procedimiento de TPH, se encuentran diferencias entre los dos momentos de evaluación ( $F_{1,26} = 14.589$ ,  $p = .001$ ) y en la variable Grupo ( $F_{1,26} = 59.327$ ,  $p = .000$ ). Es decir, existe un aumento sobre el conocimiento del trasplante en el día +100 post-TPH, en comparación con el día de ingreso y, además, el Grupo de Intervención manifiesta valores más altos que el Grupo Control, en dicha variable (ver figuras 5 y 6).

**Figura 5.**  
Puntuaciones en percepción de dimensiones de la entrevista al ingreso a TPH para el Grupo de Intervención y el Grupo Control



**Figura 6.**  
**Puntuaciones en percepción de dimensiones de la entrevista al ingreso a +100 días post-TPH para el Grupo de Intervención y el Grupo Control**



**2.7.3.2. Niveles de ansiedad-depresión (HADS) y percepción de los niveles de calidad de vida y salud (EORTC.QLQ.C30 V 0.3)**

En la Tabla 8 se presentan las medias, desviaciones típicas y el resultado de las diferencias entre los grupos, el momento de la evaluación y la interacción.

**Tabla 8:**  
**Medias (ME), desviaciones típicas (DT) y análisis de las diferencias (Lambda de Wilks) en función del momento de la evaluación, interacción y grupo para las escalas del HADS y EORTC**

Variable	Grupos	ME (DT) Ingreso	ME (DT) +100 Días	Factor	F	p
<b>Ansiedad</b>	Intervención	5.80 (2.90)	4.27 (2.66)	Tiempo # Grupo	149.425	.000**
	Control	13.1 (3.58)	4.54 (1.94)		72.764	.000**
					14.878	.001**
<b>Depresión</b>	Intervención	3.67 (2.41)	2.53 (2.45)	Tiempo # Grupo	0.781	.385
	Control	9.00 (3.65)	11.1 (2.11)		8.104	.009**
					68.314	.000**
<b>Percepción Salud</b>	Intervención	5.60 (0.63)	6.07 (0.45)	Tiempo # Grupo	3.212	.085
	Control	3.46 (0.88)	3.54 (0.52)		1.651	.210
					155.658	.000**
<b>Calidad Vida</b>	Intervención	5.73 (0.79)	6.20 (0.56)	Tiempo # Grupo	14.073	.001**
	Control	3.31 (0.75)	4.38 (0.96)		2.200	.150
					102.730	.000**

\* p<.05/ \*\*p<.01

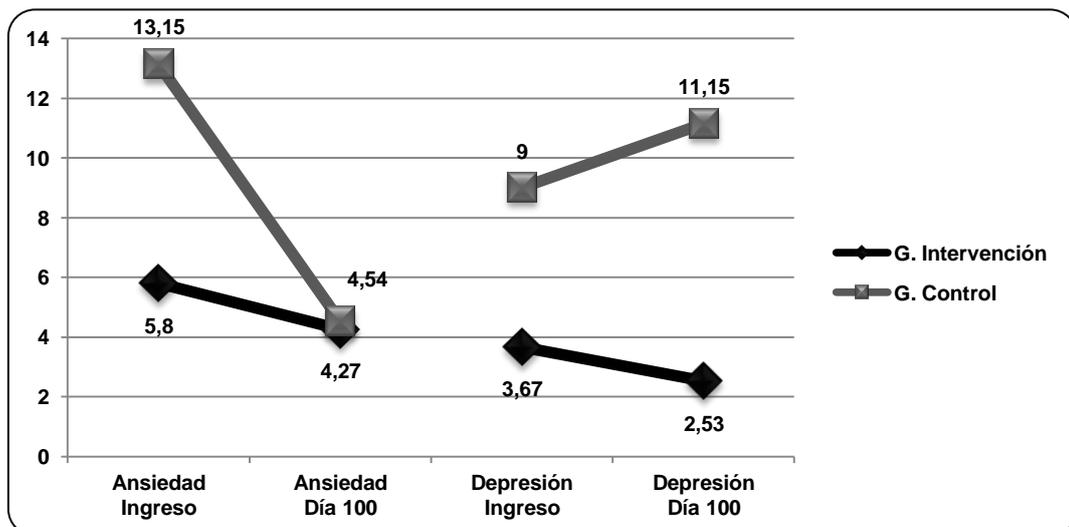
En lo referente a la variable ansiedad, aparecen diferencias significativas entre los dos momentos de evaluación ( $F_{1,26} = 149.425$ ,  $p = .000$ ), la variable Grupo ( $F_{1,26} =$

14.978,  $p = .001$ ) y la interacción ( $F_{1,26} = 72.764$ ,  $p = .000$ ). Estos datos informan de que existe una disminución de los niveles de ansiedad en el Día +100 post-TPH. Por otro lado, existen diferencias entre los grupos, de modo que el Grupo de Intervención presenta valores menores que el Grupo Control en los niveles de ansiedad y, además, los cambios a lo largo del tiempo presentan patrones diferentes para cada grupo (ver Figura 7).

Con respecto a los niveles de depresión encontramos diferencias significativas en la variable Grupo ( $F_{1,26} = 68.314$ ,  $p = .000$ ) y en la interacción ( $F_{1,26} = 8.104$ ,  $p = .009$ ), es decir, los pacientes del Grupo de Intervención presentan menores niveles de depresión. Por otro lado, el Grupo Control aumenta su nivel de depresión post-TPH en comparación con los niveles en el ingreso (ME ingreso = 9.00, ME +100 días = 11.15) a diferencia del patrón que presenta el Grupo de Intervención, en el que se observa una disminución (ME ingreso = 3.67, ME +100 días = 2.53) (ver Figura 7).

**Figura 7.**

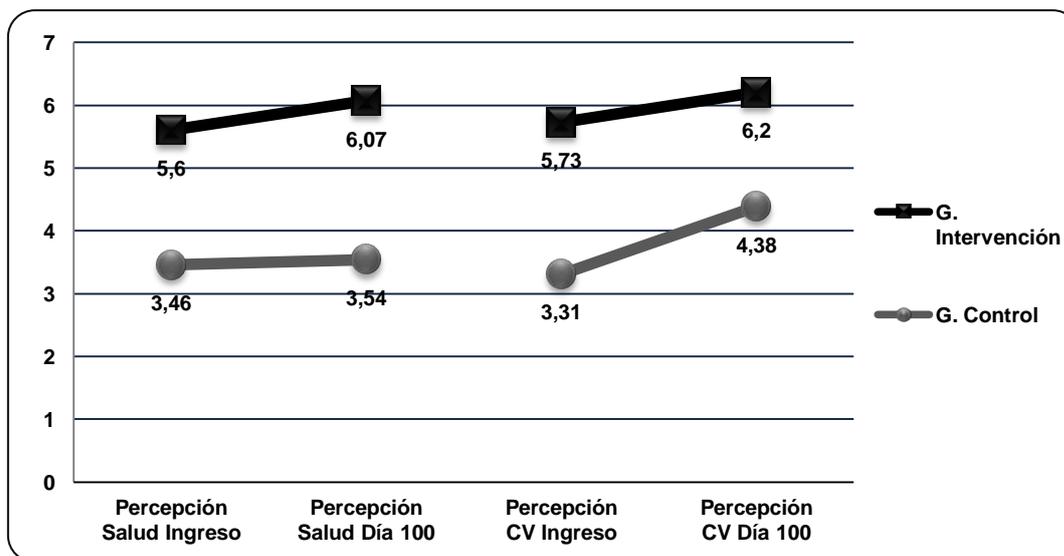
**Puntuaciones en niveles de ansiedad y depresión al ingreso a +100 día post-TPH para el Grupo de Intervención y el Grupo Control**



En la percepción de salud, se encuentran diferencias en la variable Grupo ( $F_{1,26} = 155.658$ ,  $p = .000$ ), señalando que el Grupo de Intervención presenta una mejor percepción de su estado de salud, en comparación con el Grupo Control. (ver Figura 8).

En calidad de vida encontramos diferencias significativas tanto en la variable Tiempo ( $F_{1,26} = 14.073$ ,  $p = .001$ ), como en la variable Grupo ( $F_{1,26} = 102.730$ ,  $p = .000$ ) (ver Figura 8). Es decir, los valores aumentan en la segunda evaluación y el Grupo de Intervención presenta valores más altos que el Grupo Control.

**Figura 8.**  
**Puntuaciones en percepción de salud y calidad de vida al ingreso y a +100 días post-TPH para el Grupo Intervención y el Grupo Control**



**2.7.4. Diferencias entre el Grupo de Intervención y el Grupo Control en los registros de aislamiento en función del momento de la evaluación (día 0 y día de alta)**

A continuación se presentan, en la Tabla 9, los resultados del análisis de las medidas registradas durante la estancia de aislamiento. Se comprueba el efecto del programa de intervención psicológica de preparación al TPH en la percepción del paso del tiempo, nivel de actividad, estado anímico y percepción de la sintomatología física (vómitos, náuseas, dolor e insomnio) durante el aislamiento en el Día 0 y en el Día de Alta. Para el análisis se ha utilizado de nuevo, un modelo lineal general de medidas repetidas 2x(2), siendo el factor grupos el mismo descrito anteriormente, y el factor de medidas repetidas, los dos momentos de evaluación que, en este caso corresponden al día 0 y al día de alta después del trasplante.

Las diferencias en la percepción del tiempo están relacionadas con los dos momentos de medida ( $F_{1,35} = 30.292$ ,  $p = .000$ ), la variable Grupo ( $F_{1,35} = 45.957$ ,  $p = .000$ ) y a la Interacción ( $F_{1,35} = 4.204$ ,  $p = .048$ ). Estos datos señalan que existe una disminución de la percepción del paso del tiempo en el Día de Alta en comparación con el Día 0. Por otro lado, las diferencias entre los grupos, indican que el Grupo de Intervención presenta una percepción del paso del tiempo más adaptativa que el Grupo Control y, finalmente, los cambios a lo largo del tiempo presentan patrones diferentes para cada grupo (ver Figura 9).

Tabla 9:

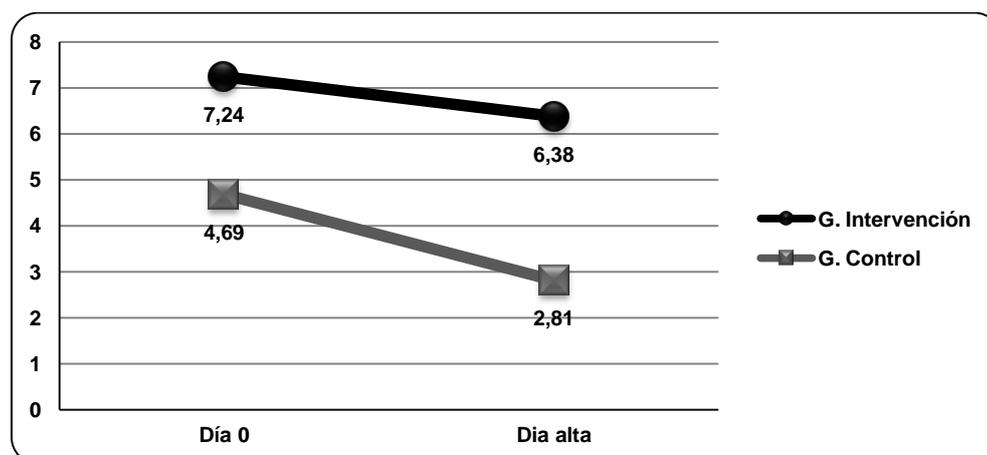
Medias (ME), desviaciones típicas (DT) y análisis de las diferencias (Lambda de Wilks) en función del momento de la evaluación, interacción y grupo para las dimensiones del registro de aislamiento

Variable	Grupos	ME (DT)	ME (DT)	Factor	F	P
		Día 0	Día Alta			
Percepción Tiempo	Intervención	7.24 (1.30)	6.38 (1.83)	Tiempo	30.292	.000**
	Control	4.69 (1.85)	2.81 (1.05)	# Grupo	4.204	.048**
				Grupo	45.957	.000**
Percepción Actividad	Intervención	8.14 (1.56)	6.38 (1.93)	Tiempo	68.383	.000**
	Control	4.75 (1.69)	2.50 (1.21)	# Grupo	1.012	.321
				Grupo	55.639	.000**
Percepción Animo	Intervención	8.33 (1.77)	7.38 (2.20)	Tiempo	55.948	.000**
	Control	5.38 (1.58)	2.75 (0.93)	# Grupo	12.231	.001**
				Grupo	52.600	.000**
Náuseas	Intervención	3.95 (1.83)	4.90 (1.45)	Tiempo	5.645	.023**
	Control	5.31 (1.78)	6.13 (1.67)	# Grupo	0.035	.852
				Grupo	9.597	.004**
Vómitos	Intervención	.004 (0.01)	4.33 (1.80)	Tiempo	3.937	.055
	Control	.004 (0.01)	5.31 (1.70)	# Grupo	0.173	.680
				Grupo	2.913	.097
Dolor	Intervención	2.71 (1.95)	3.57 (2.06)	Tiempo	18.529	.000**
	Control	3.44 (1.63)	5.63 (2.19)	# Grupo	3.538	.068
				Grupo	6.329	.017**
Insomnio	Intervención	3.00 (1.95)	4.14 (2.19)	Tiempo	16.824	.000**
	Control	5.19 (1.83)	7.00 (2.30)	# Grupo	0.864	.359
				Grupo	18.341	.000**

\*  $p < .05$  / \*\*  $p < .01$

Figura 9.

Puntuaciones en percepción del paso del tiempo en el Día 0 y el Día de Alta de TPH para el Grupo de Intervención y el Grupo Control

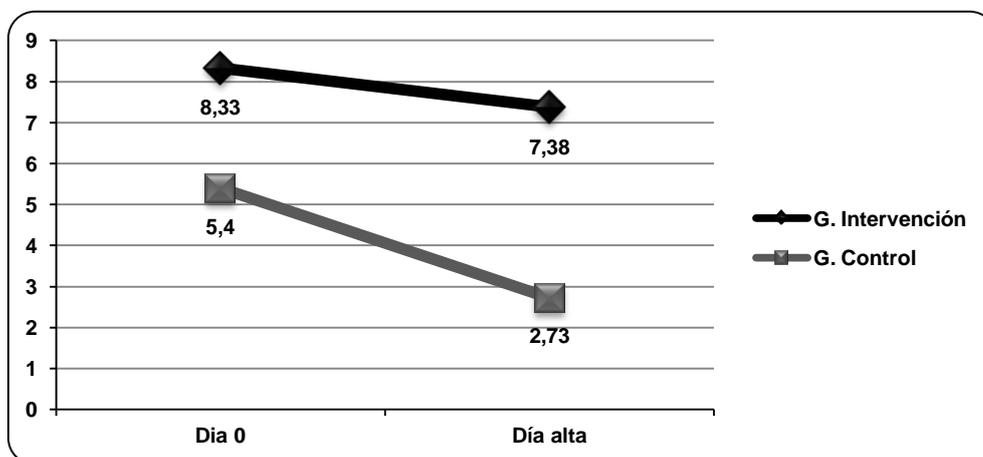


Lo mismo ocurre con la percepción del estado de ánimo, donde aparecen diferencias entre los dos momentos de medida ( $F_{1,35} = 55.948$ ,  $p = .000$ ), en la variable

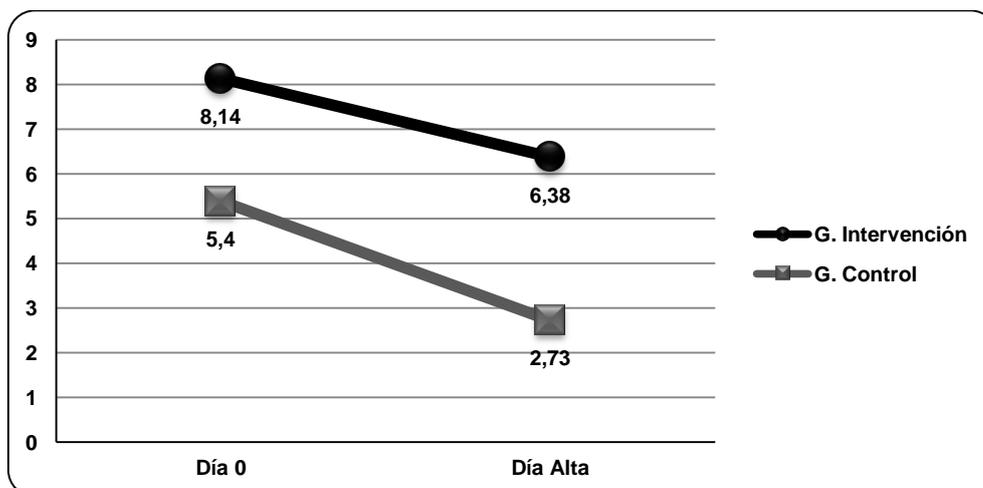
Grupo ( $F_{1, 35} = 52.600$ ,  $p = .000$ ) y en la Interacción ( $F_{1, 35} = 12.231$ ,  $p = .001$ ). Es decir, los pacientes, en general, presentan una disminución de su percepción del ánimo según pasa el tiempo en aislamiento, que resulta más negativo para el Grupo Control, y el patrón es diferente para los grupos (ver Figura 10).

Con respecto a la actividad en el tiempo de aislamiento (ver Figura 11), las diferencias significativas aparecen en la variable Grupo ( $F_{1, 35} = 550.639$ ,  $p = .000$ ) y en la variable Tiempo ( $F_{1, 35} = 68.383$ ,  $p = .000$ ), es decir, que los pacientes del Grupo de Intervención comunican un mayor grado de actividad que los del Grupo Control, pero en ambos grupos, se observa una disminución a medida que se prolonga su estancia en aislamiento.

**Figura 10.**  
Puntuaciones en percepción del estado de ánimo en el Día 0 y el Día de Alta de TPH para el Grupo de Intervención y el Grupo Control



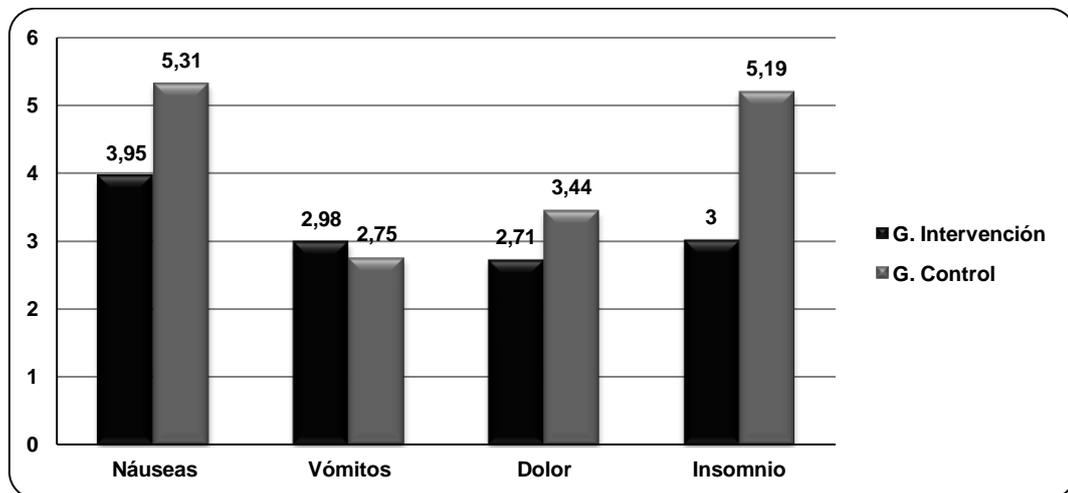
**Figura 11.**  
Puntuaciones en percepción del nivel de actividad en el Día 0 y el Día de Alta de TPH para el Grupo de Intervención y el Grupo Control



En referente a la sintomatología física (ver figuras 12a y 12b), los resultados muestran que no existen diferencias en la percepción de vómitos para ninguno de los factores. Sí aparecen diferencias entre los grupos en náuseas ( $F_{1,35} = 9.597$ ,  $p = .004$ ), dolor ( $F_{1,35} = 6.329$ ,  $p = .017$ ) e insomnio ( $F_{1,35} = 18.341$ ,  $p = .000$ ), así como en los diferentes momentos de medida para las mismas variables: náuseas ( $F_{1,35} = 5.645$ ,  $p = .023$ ); dolor ( $F_{1,35} = 18.529$ ,  $p = .000$ ) e insomnio ( $F_{1,35} = 16.824$ ,  $p = .000$ ). Es decir, que el Grupo de Intervención presenta una menor percepción de sintomatología que el Grupo Control, aunque esta sintomatología en ambos grupos aumenta según se alarga el tiempo en aislamiento.

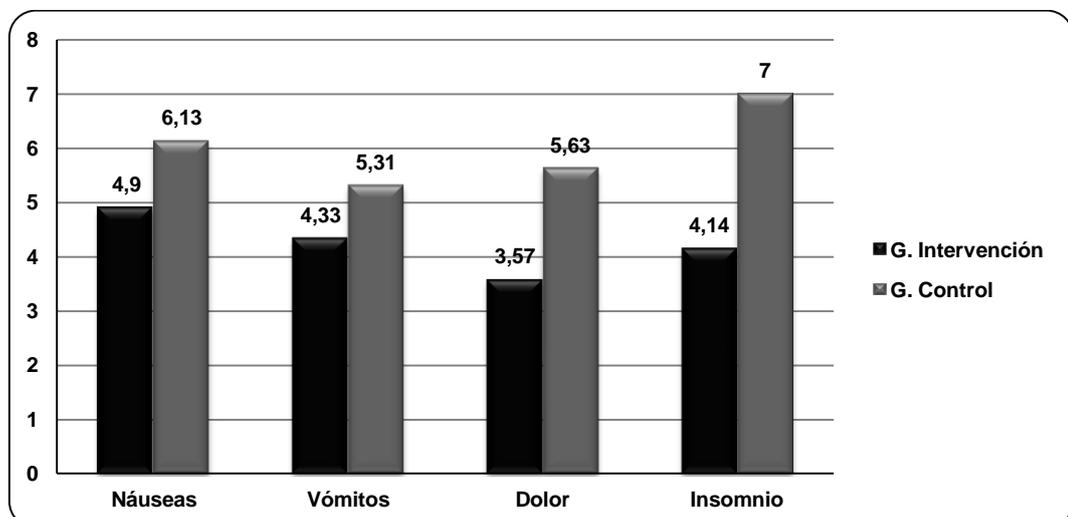
**Figura 12a.**

**Puntuaciones en Percepción de sintomatología física en el Día 0 de TPH para el Grupo Intervención y el Grupo Control**



**Figura 12b.**

**Puntuaciones en Percepción sintomatología física en el Día Alta de TPH para el Grupo Intervención y el Grupo Control**



### 2.7.5. Diferencias entre el Grupo de Intervención y el Grupo Control en la evaluación +6 meses

La Tabla 10 presenta las medias y las desviaciones típicas para cada una de las variables (dimensiones de la entrevista, ansiedad y depresión medido por el HADS y percepción de salud y calidad de vida, recogido por el EORTC.QLQ.C30 V 0.3), así como los resultados de la comparación entre los grupos, a través del estadístico *t* a los seis meses después del trasplante. El Grupo de Intervención está formado por 12 pacientes y el Grupo Control por 11.

**Tabla 10.**  
**Medias (ME), desviaciones típicas (DT), tamaño del efecto y prueba *t* para el análisis de las diferencias entre el Grupo de Intervención y el Grupo Control en la evaluación +6 meses**

Variable	Grupos	ME	(DT)	Tamaño Efecto	<i>t</i>	<i>p</i>																																																																																						
Información	Intervención	8.75	(0.96)	1.45	3.408	<b>.003**</b>																																																																																						
	Control	6.91	(1.58)				Estado Físico	Intervención	7.75	(1.81)	2.06	4.373	<b>.001**</b>	Control	5.36	(0.50)	Estado Emocional	Intervención	8.83	(0.94)	3.60	8.649	<b>.000**</b>	Control	5.45	(0.93)	Equipo Sanitario	Intervención	9.58	(0.67)	1.04	2.357	<b>.028**</b>	Control	8.45	(1.50)	Familia	Intervención	9.58	(0.66)	0.54	1.252	.229	Control	9.09	(1.13)	TPH	Intervención	8.08	(1.16)	2.26	5.426	<b>.000**</b>	Control	5.00	(1.55)	Ansiedad	Intervención	4.50	(3.28)	-0.66	-1.498	.150	Control	6.40	(2.50)	Depresión	Intervención	3.00	(4.43)	-1.49	-3.308	<b>.004**</b>	Control	8.30	(2.67)	Salud	Intervención	6.25	(0.62)	0.10	0.238	.814	Control	6.18	(0.75)	Calidad de Vida	Intervención	6.33	(0.65)	0.05	-0.110
Estado Físico	Intervención	7.75	(1.81)	2.06	4.373	<b>.001**</b>																																																																																						
	Control	5.36	(0.50)				Estado Emocional	Intervención	8.83	(0.94)	3.60	8.649	<b>.000**</b>	Control	5.45	(0.93)	Equipo Sanitario	Intervención	9.58	(0.67)	1.04	2.357	<b>.028**</b>	Control	8.45	(1.50)	Familia	Intervención	9.58	(0.66)	0.54	1.252	.229	Control	9.09	(1.13)	TPH	Intervención	8.08	(1.16)	2.26	5.426	<b>.000**</b>	Control	5.00	(1.55)	Ansiedad	Intervención	4.50	(3.28)	-0.66	-1.498	.150	Control	6.40	(2.50)	Depresión	Intervención	3.00	(4.43)	-1.49	-3.308	<b>.004**</b>	Control	8.30	(2.67)	Salud	Intervención	6.25	(0.62)	0.10	0.238	.814	Control	6.18	(0.75)	Calidad de Vida	Intervención	6.33	(0.65)	0.05	-0.110	.914	Control	6.36	(0.67)						
Estado Emocional	Intervención	8.83	(0.94)	3.60	8.649	<b>.000**</b>																																																																																						
	Control	5.45	(0.93)				Equipo Sanitario	Intervención	9.58	(0.67)	1.04	2.357	<b>.028**</b>	Control	8.45	(1.50)	Familia	Intervención	9.58	(0.66)	0.54	1.252	.229	Control	9.09	(1.13)	TPH	Intervención	8.08	(1.16)	2.26	5.426	<b>.000**</b>	Control	5.00	(1.55)	Ansiedad	Intervención	4.50	(3.28)	-0.66	-1.498	.150	Control	6.40	(2.50)	Depresión	Intervención	3.00	(4.43)	-1.49	-3.308	<b>.004**</b>	Control	8.30	(2.67)	Salud	Intervención	6.25	(0.62)	0.10	0.238	.814	Control	6.18	(0.75)	Calidad de Vida	Intervención	6.33	(0.65)	0.05	-0.110	.914	Control	6.36	(0.67)																
Equipo Sanitario	Intervención	9.58	(0.67)	1.04	2.357	<b>.028**</b>																																																																																						
	Control	8.45	(1.50)				Familia	Intervención	9.58	(0.66)	0.54	1.252	.229	Control	9.09	(1.13)	TPH	Intervención	8.08	(1.16)	2.26	5.426	<b>.000**</b>	Control	5.00	(1.55)	Ansiedad	Intervención	4.50	(3.28)	-0.66	-1.498	.150	Control	6.40	(2.50)	Depresión	Intervención	3.00	(4.43)	-1.49	-3.308	<b>.004**</b>	Control	8.30	(2.67)	Salud	Intervención	6.25	(0.62)	0.10	0.238	.814	Control	6.18	(0.75)	Calidad de Vida	Intervención	6.33	(0.65)	0.05	-0.110	.914	Control	6.36	(0.67)																										
Familia	Intervención	9.58	(0.66)	0.54	1.252	.229																																																																																						
	Control	9.09	(1.13)				TPH	Intervención	8.08	(1.16)	2.26	5.426	<b>.000**</b>	Control	5.00	(1.55)	Ansiedad	Intervención	4.50	(3.28)	-0.66	-1.498	.150	Control	6.40	(2.50)	Depresión	Intervención	3.00	(4.43)	-1.49	-3.308	<b>.004**</b>	Control	8.30	(2.67)	Salud	Intervención	6.25	(0.62)	0.10	0.238	.814	Control	6.18	(0.75)	Calidad de Vida	Intervención	6.33	(0.65)	0.05	-0.110	.914	Control	6.36	(0.67)																																				
TPH	Intervención	8.08	(1.16)	2.26	5.426	<b>.000**</b>																																																																																						
	Control	5.00	(1.55)				Ansiedad	Intervención	4.50	(3.28)	-0.66	-1.498	.150	Control	6.40	(2.50)	Depresión	Intervención	3.00	(4.43)	-1.49	-3.308	<b>.004**</b>	Control	8.30	(2.67)	Salud	Intervención	6.25	(0.62)	0.10	0.238	.814	Control	6.18	(0.75)	Calidad de Vida	Intervención	6.33	(0.65)	0.05	-0.110	.914	Control	6.36	(0.67)																																														
Ansiedad	Intervención	4.50	(3.28)	-0.66	-1.498	.150																																																																																						
	Control	6.40	(2.50)				Depresión	Intervención	3.00	(4.43)	-1.49	-3.308	<b>.004**</b>	Control	8.30	(2.67)	Salud	Intervención	6.25	(0.62)	0.10	0.238	.814	Control	6.18	(0.75)	Calidad de Vida	Intervención	6.33	(0.65)	0.05	-0.110	.914	Control	6.36	(0.67)																																																								
Depresión	Intervención	3.00	(4.43)	-1.49	-3.308	<b>.004**</b>																																																																																						
	Control	8.30	(2.67)				Salud	Intervención	6.25	(0.62)	0.10	0.238	.814	Control	6.18	(0.75)	Calidad de Vida	Intervención	6.33	(0.65)	0.05	-0.110	.914	Control	6.36	(0.67)																																																																		
Salud	Intervención	6.25	(0.62)	0.10	0.238	.814																																																																																						
	Control	6.18	(0.75)				Calidad de Vida	Intervención	6.33	(0.65)	0.05	-0.110	.914	Control	6.36	(0.67)																																																																												
Calidad de Vida	Intervención	6.33	(0.65)	0.05	-0.110	.914																																																																																						
	Control	6.36	(0.67)																																																																																									

\* $p < .05$  / \*\* $p < .01$

Como se puede observar existen diferencias significativas para todas las variables, excepto para la percepción de las Relaciones Familiares, Niveles de Ansiedad, Salud y Calidad de Vida. Aparecen diferencias entre los grupos en el Grado de Información ( $t = 3.408$ ;  $p = .003$ ), en la Percepción del Estado Físico ( $t = 4.373$ ;  $p = .001$ ), en la Percepción del Estado Emocional ( $t = 8.649$ ;  $p = .000$ ), en la Relación Sanitaria ( $t = 32.357$ ;  $p = .028$ ) y en concepto de TPH ( $t = 5.462$ ;  $p = .000$ ). En todos los casos estas diferencias indican puntuaciones más altas para el Grupo de Intervención, con respecto al Grupo Control. En cuanto a los niveles de depresión existen también diferencias significativas ( $t = -3.308$ ;  $p = .004$ ), mostrando un mayor nivel de depresión

los pacientes del Grupo Control (ME = 8.30; DT= 2.67), en comparación con los pacientes que recibieron la intervención psicológica previa al trasplante (ME = 3.00; DT= 4.43). Por último, señalar los altos valores en el tamaño del efecto en la comparación de los grupos.

## 2.8. Discusión

La bibliografía señala la necesidad de incorporar protocolos de intervención psicooncológica para ayudar a los pacientes que padecen enfermedades oncohematológicas a afrontar el proceso de diagnóstico y tratamiento (Arranz y Coca, 2003; De Linares *et al.*, 2007; Romero *et al.*, 2000). La situación derivada del conocimiento de padecer una enfermedad de estas características, así como, de la necesidad de someterse a un tratamiento complejo y difícil, es muy estresante. No sólo por ser una realidad desconocida para la persona, sino, porque ponen en riesgo la propia salud y la vida de los pacientes, como es el caso del trasplante de progenitores hematopoyéticos (Arranz y Coca, 2003; De Linares *et al.*, 2007; Romero *et al.*, 2000). A pesar de ello, no existen muchos trabajos que hayan demostrado los beneficios de una intervención psicológica en trasplante de médula ósea.

El objetivo general de este estudio ha sido poner en marcha un programa de intervención psicooncológica de preparación emocional al trasplante, ofreciendo y entrenando al paciente en recursos que ayuden a afrontar el tratamiento y el proceso de trasplante de una forma más adaptativa, con el menor coste emocional posible, además de verificar los efectos de dicho programa.

Si se toma como referencia el modelo de competencia o potenciación (Albee, 1980), que considera que las personas tienen capacidades o recursos propios para hacer frente a situaciones adversas, pudiéndose afirmar que, los pacientes poseen habilidades y auto-recursos para afrontar un proceso de tratamiento como es el TPH. Sin embargo, la situación de incertidumbre, provocada por el miedo, y la incapacidad y la falta de control, hacen que la percepción de que estos recursos puedan servir de ayuda, disminuya de forma considerable durante la estancia de aislamiento. El objetivo de la intervención psicológica es proporcionar a los pacientes y a su entorno, antes de ingresar en trasplante, estrategias que permitan desenvolverse de la mejor manera en esta situación, entrenando nuevas destrezas y favoreciendo la puesta en marcha de los propios recursos de afrontamiento, de manera que puedan hacer frente a todo el proceso de una forma más adaptativa.

Los pacientes sometidos a trasplante suelen experimentar sentimientos ambivalentes; por una parte, el trasplante representa la posibilidad de recuperar la salud y, por otra, constituye una fuente generadora de temor e incertidumbre ante la

posibilidad de complicaciones, el desconocimiento y falta de información, y la propia complejidad de todo el proceso (Rodríguez *et al.*, 2010; Asencio, 2011). El paciente siente incertidumbre sobre sí mismo, sobre su vida familiar, social y laboral y, sobre las relaciones con los profesionales sanitarios, lo que puede favorecer la aparición de conductas desadaptativas y la no adherencia al tratamiento (Trask *et al.*, 2002).

De acuerdo con los resultados de la presente investigación, antes del trasplante de médula, los pacientes manifiestan tener niveles medios de información sobre su enfermedad y perciben su estado físico y anímico de manera normalizada. En general, consideran tener una buena relación con sus familiares y con los profesionales sanitarios, aunque afirman tener niveles bajos de información del procedimiento y de las consecuencias del trasplante.

Por otra parte, en la primera evaluación durante la entrevista de acogida, presentan sintomatología ansiosa (a niveles clínicos) y depresiva (a niveles subclínicos). Estos resultados coinciden con los datos de otros estudios que afirman que, en el momento previo al trasplante, pueden aparecer síntomas de ansiedad, aproximadamente en el 50% de los pacientes, y síntomas de depresión en el 20% (Asencio, 2011; Trask *et al.*, 2002). Sin embargo, no se encontraron diferencias en ninguna de estas medidas entre hombres y mujeres.

Con respecto al tipo de trasplante, los pacientes que deben someterse a un trasplante autólogo, presentan mejor estado de ánimo y manifiestan tener más información sobre el procedimiento, que los pacientes de trasplante alogénico. Estos resultados pueden ser entendidos si se tienen en cuenta las diferencias entre ambos tipos de trasplante. El riesgo mayor de ambos tratamientos es una mayor susceptibilidad a la infección y a las hemorragias, a causa del tratamiento anticanceroso con dosis de quimioterapia mieloablativa (Ruiz, 2009). No obstante, en los trasplantes alogénicos, puede aparecer una complicación adicional, la denominada Enfermedad Injerto Contra Huésped (EICH), que ocurre cuando los glóbulos blancos del donante (injerto), identifican las células en el cuerpo del paciente (el huésped) como foráneas, y las atacan. Si se presenta la EICH, puede ser un problema muy grave, que puede llevar a poner la vida de los pacientes en riesgo. Es decir, estos resultados reflejan la diferente percepción de riesgo de ambos grupos de trasplante que, además, responde a una realidad clínica y probablemente reflejan además la dificultad en la comprensión de la enfermedad injerto contra huésped por parte de personas sin formación especial en hematología.

El programa de intervención psicológico aumenta el nivel de información de los pacientes sobre todo el proceso, y mejora la percepción del estado físico y emocional. Además, los niveles de ansiedad y depresión, disminuyen drásticamente en el ingreso al

trasplante, en comparación con los niveles iniciales de la entrevista de acogida. Esta mejoría, es evidente también en la percepción de la salud y la calidad de vida. Por otra parte, estos cambios se mantienen a lo largo del tiempo, como se observa en los datos del seguimiento a los 6 meses. Estos resultados indican que la información que se proporciona durante el programa, así como las estrategias entrenadas, son de gran ayuda para los pacientes. La participación en el programa disminuye la ansiedad anticipatoria y los niveles de malestar, aumenta las expectativas sobre el trasplante y las relaciones con el equipo sanitario y, todo ello, permite un afrontamiento más adaptativo al proceso de trasplante.

En el caso particular de pacientes que deben enfrentarse a un trasplante de progenitores hematopoyéticos, se ha observado que un 40% de los sujetos presentan ansiedad, y que también en el momento del ingreso la ansiedad es elevada, aunque progresivamente va disminuyendo y, prácticamente, desaparece en el seguimiento, una vez que se les ha dado el alta. En lo referente a los niveles de ansiedad, los resultados señalan que existe una importante disminución una vez que se ha llevado a cabo el trasplante en todos los pacientes (Día +100 post-TPH), independientemente de si participan, o no, en el programa de preparación psicológica. No obstante, los pacientes del Grupo de Intervención, en comparación con los del Grupo Control, presentan niveles mucho más adaptativos, especialmente en el momento de ingreso y después del trasplante, por lo que se puede afirmar que el programa disminuye la angustia asociada al proceso de trasplante.

Con respecto a la sintomatología depresiva, se observa un aumento a lo largo de la hospitalización, relacionada con empeoramiento físico, aunque también tiende a disminuir en el seguimiento. Es decir, a pesar de tener que afrontar una situación tan difícil, más de la mitad de los pacientes presentan reacciones normales que corresponden a la necesidad de adaptación emocional (Mitchell, 2010). Sin embargo, resulta interesante comprobar que, los pacientes que no reciben el programa de intervención, presentan niveles de depresión más elevados en la evaluación pre y post-TPH, que se mantienen en el seguimiento.

Como era previsible, los resultados ponen de manifiesto lo difícil que resulta el período de aislamiento en todos los pacientes. Prácticamente, todas las variables que recogen el malestar y la sintomatología durante esta fase apuntan en la misma dirección. Es decir, si se comparan los niveles del día del ingreso con los del día de alta, se puede afirmar que, durante el aislamiento, el tiempo se percibe más lento, el nivel de actividad disminuye, hay un empeoramiento del estado de ánimo y, un aumento de la sintomatología física (náuseas, dolor e insomnio). No obstante, los pacientes

manifiestan tener mucha más información que al ingreso sobre el proceso de tratamiento, sus efectos y la necesidad del mismo.

A nuestro juicio, uno de los resultados más interesantes de este trabajo está relacionado con el efecto del programa psicooncológico sobre el malestar durante el período de aislamiento. Como se acaba de exponer anteriormente, esta situación representa un momento especialmente difícil para todos los pacientes, en gran parte debido a los efectos secundarios derivados del propio proceso de trasplante que, además, debe vivirse en “soledad”. Sin embargo, el programa parece mitigar dicho malestar. Los pacientes que reciben el programa psicooncológico previo al trasplante, en comparación con los del Grupo Control, manifiestan percibir un acortamiento del paso del tiempo, mayores niveles de actividad y un estado de ánimo más positivo y, experimentar menos dolor, náuseas e insomnio. Es decir, a pesar de la sintomatología física, los pacientes del Grupo de Intervención, se adaptan mejor al proceso y lo perciben como menos agresivo.

Como afirma Bayés *et al.* (2001), los enfermos presentan una percepción de alargamiento del tiempo debido a la propia situación de aislamiento que es percibida como desagradable; mientras que, en el caso de acortamiento, la percepción está influida por la motivación en la realización de actividades que requieren cierto nivel atencional. Estos resultados se relacionan también con la percepción del nivel de actividad, de forma que los pacientes del Grupo de Intervención, manifiestan realizar más actividades durante el aislamiento que los pacientes del Grupo Control, que reconocen estar más aburridos. Precisamente, uno de los objetivos del segundo módulo de la intervención psicológica (Identificación del estilo de afrontamiento del paciente) era prevenir al máximo los momentos de inactividad del paciente, haciendo un listado de tareas que pueden realizarse durante el período de aislamiento y de materiales que pueden llevar consigo, de acuerdo con sus gustos y necesidades. En este sentido, la percepción del tiempo parece disminuir cuando se realizan tareas interesantes para los pacientes, de forma que cuanto mayor sea la atención que se presta a la tarea, más corto se percibe el paso del tiempo. Cuando una persona se encuentra completamente abstraída por la labor que está llevando a cabo, el tiempo parece acortarse y las horas transcurren de manera más rápida. Además, ello puede haber influido en las diferencias entre los grupos en la percepción del estado de ánimo durante el aislamiento, puesto que los pacientes del Grupo de Intervención manifiestan sentirse más animados que los pacientes del Grupo Control.

Por tanto, los recursos y habilidades practicadas antes del trasplante, como parte de los contenidos del programa psicooncológico, ayudan a superar de manera más

adaptativa este momento crucial y de gran estrés en los pacientes oncohematológicos, influyendo incluso en la percepción de la sintomatología física.

Estos resultados contradicen, en cierta medida, los datos del estudio realizado por Bayés *et al.* (2001) en el que participaron 371 pacientes en situación terminal. En este trabajo encontraron que los pacientes que se encontraban “mal” o “muy mal” el tiempo se les hacía “largo” o “muy largo”, mientras los pacientes que se encontraban “bien” o “muy bien” percibían una reducción en la percepción del tiempo. En nuestro estudio, los resultados confirman que la percepción del paso del tiempo no está relacionada únicamente con la sintomatología física, sino con el fomento de la actividad, la mejora del estado de ánimo y una menor atención a los síntomas físicos.

Los pacientes frecuentemente esperan que su estado físico, psíquico y emocional vuelva a la normalidad espontáneamente, una vez recibida el alta. El periodo de recuperación post-trasplante oscila entre los 6 y 12 meses, período en el que, además, se deben realizar continuas visitas clínicas que, contribuyen también a la aparición de síntomas tales como el insomnio, fatiga y dolor. Por otra parte, se ha observado que el 30% de pacientes tienen problemas sexuales, fatiga y síntomas depresivos, haciéndose necesario no solo el seguimiento médico, sino el psicosocial. De nuevo, las diferencias entre los grupos en el seguimiento a los seis meses, señalan que, los pacientes que no reciben el programa de intervención de preparación a trasplante, presentan mayores niveles de malestar y mantienen niveles clínicos de depresión. Es decir, el efecto del programa, no sólo es apreciable en el período de trasplante, sino que también se mantiene en la fase de recuperación.

En conclusión, una intervención psicooncológica especializada, y adaptada al proceso de los pacientes que deben someterse a un trasplante, resulta de gran ayuda en el afrontamiento de dicho proceso. Por ello consideramos, al igual que otros autores (Arrarás *et al.*, 2002; Barreto *et al.*, 2011), que la información proporcionada al paciente sobre su diagnóstico y tratamiento, adaptada a sus circunstancias particulares, ayuda a disminuir, o incluso previene la sintomatología ansiosa y/o depresiva. Es decir, es necesario que los pacientes adquieran conocimientos sobre el trasplante, los objetivos del mismo, los posibles efectos secundarios y las posibles reacciones emocionales. Además, el entrenamiento en técnicas cognitivo-conductuales, en el manejo del estrés y en la organización del tiempo a través de sus propios recursos, también ayuda a prevenir y a tratar las posibles reacciones emocionales de ansiedad y depresión durante el proceso de aislamiento, efectos que se mantienen durante la recuperación.

Por todo ello, la figura del psicooncólogo debe formar parte del dentro del engranaje del equipo de profesionales de la oncohematología, con el propósito de garantizar una asistencia integral al enfermo. El papel del psicooncólogo se orienta a

conseguir una adecuada adherencia al tratamiento, a través de una reducción de los niveles de ansiedad y/o depresión, un afrontamiento activo y una mejor relación con el personal sanitario, además de jugar un papel de enlace entre el paciente y los profesionales de salud, captando, comunicando y solucionando problemas que mejoren dicha relación.

Partiendo de una perspectiva biopsicosocial, se asume que la salud y la enfermedad están determinadas por diversas variables que hacen complejo entender y explicar diferentes interacciones. Algunas de las limitaciones de este estudio están relacionadas con dicha complejidad. En primer lugar señalar que, aunque la heterogeneidad de la muestra analizada respecto a las tres patologías de base (leucemias, linfomas y mieloma múltiple), puede haber influido en los resultados, se debe resaltar que el objeto de estudio es el procedimiento de trasplante, más que las diferencias según diagnóstico, puesto que dicho procedimiento es el mismo para todos los pacientes, siendo comparable incluso entre los trasplantes autólogos y alogénicos.

Otra limitación tiene que ver con el control metodológico de algunas variables debido a la dinámica hospitalaria. Se hace necesaria en la práctica diaria la adaptación de las sesiones de intervención en función de los ingresos hospitalarios y visitas al hospital por parte de los pacientes, favoreciendo así su adherencia al programa y evitando el abandono del mismo. Esto ha hecho difícil la igualación de los grupos para la comprobación de algunos de nuestros objetivos. Aunque se ha procurado mantener el rigor metodológico en todas las fases de este trabajo, el objetivo prioritario ha sido la eficacia clínica. Por ello es necesario que futuros estudios traten de subsanar dicha dificultad, respetando, no obstante, la complejidad del protocolo de intervención.

Otro de los posibles problemas de este estudio es el número reducido de participantes y la progresiva disminución de la muestra, en las distintas fases de evaluación. Por este motivo, se decidió no incluir los resultados del seguimiento más allá de los seis meses, a pesar de haber realizado evaluaciones al año del trasplante. La disminución de pacientes en las evaluaciones post-trasplante, por desgracia, es algo inevitable, y aunque el trasplante cada día ofrece mejores resultados a los pacientes, los riesgos del mismo se hacen visibles en la realidad clínica. Sin embargo, es necesario ampliar la muestra para poder comprobar si los efectos del programa se mantienen a medio y largo plazo.

A pesar de las limitaciones señaladas, se ha conseguido el objetivo principal de este estudio. El programa de intervención psicológica para trasplante de médula, ayuda a los pacientes a afrontar este proceso de una manera más adaptativa y disminuye los efectos negativos derivados de los efectos secundarios de la intervención. Este objetivo se ha traducido en la implantación de un PNT-TPH-020 (ver Anexo 5) denominado

“Programa de Intervención Psicooncológica de Preparación a Trasplante de Médula en la Unidad de TPH del Servicio de Hematología y Hemoterapia del Hospital Universitario Virgen de las Nieves”. El programa de intervención psicológica forma parte de los procedimientos de trabajo acreditados por el Sistema de Gestión de Calidad conforme a FACT-JACIE (*Joint Accreditation Committee of the International Society for Cellular Therapy and European Group for Blood and Marrow Transplantation/Joint Accreditation Committee-ISCT & EBM*), que acredita que la unidad proporciona las prácticas médicas y de laboratorio de calidad en el trasplante de células progenitoras hematopoyéticas y terapia celular (ver Anexo 6).

Desde la inclusión del programa de intervención en la unidad, todos los pacientes que deben someterse a este procedimiento, realizan el programa que se ha presentado en este estudio según protocolo de funcionamiento de la Unidad de TPH del Servicio de Hematología y Hemoterapia del “Hospital Universitario Virgen de las Nieves” de Granada.

Estos resultados ponen de manifiesto la eficacia de programas de preparación psicooncológica a trasplante, y al mismo tiempo abre futuras líneas de trabajo. Una de estas líneas estaría relacionada con el estudio de las diferencias individuales, es decir, se trataría de comprobar en qué medida algunos de los módulos incluidos pueden resultar de mayor ayuda para personas con determinadas características de personalidad, o que presenten distintas reacciones emocionales. Otra de las líneas es la optimización del propio programa incorporando nuevos bloques de intervención que puedan modular la adaptación del paciente al procedimiento, como por ejemplo, las habilidades de comunicación. Por último, podrían incluirse otras variables que nos ayuden a identificar necesidades de los pacientes que, hasta el momento, no se hayan contemplado.

## **2.9. Conclusiones**

1. El programa psicológico de preparación al trasplante ayuda a los pacientes a afrontar dicho proceso de una manera más adaptativa durante la situación de aislamiento, y durante el período de recuperación posterior al trasplante.
2. El período de aislamiento representa un momento de gran malestar para todos los pacientes. Si se compara el día de ingreso con el día de alta, se observa un aumento significativo de la sintomatología física y, en términos generales, una disminución del estado de ánimo.
3. Los niveles de información sobre el trasplante, el estado físico y emocional, las relaciones familiares y sanitarias, mejoran significativamente como consecuencia del programa de intervención psicológica.

4. El programa de intervención psicooncológica consigue disminuir tanto la percepción de sintomatología física, como mitigar los niveles de malestar emocional durante la fase de aislamiento, influyendo positivamente en la percepción subjetiva del paso del tiempo, nivel de actividad, estado de ánimo, náuseas, dolor e insomnio.
5. Los pacientes que participan en el programa presentan una menor sintomatología ansiosa y depresiva, durante el aislamiento y, en el período de recuperación.
6. La percepción de salud y calidad de vida, mejora significativamente en los pacientes que reciben el programa de intervención psicológica, manteniendo la mejoría tras el trasplante.
7. Entendemos la conveniencia de incluir, dentro de los protocolos de intervención a trasplante de médula, programas de preparación psicooncológica.

## **ESTUDIO II**

---

***AMPLIACIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOONCOLÓGICA Y VALORACIÓN DE LA INFLUENCIA DE VARIABLES DE PERSONALIDAD EN LA IMPLANTACIÓN DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS***



### **3. ESTUDIO II: AMPLIACIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOONCOLÓGICA Y VALORACIÓN DE LA INFLUENCIA DE VARIABLES DE PERSONALIDAD EN LA IMPLANTACIÓN DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS**

Como consecuencia del desarrollo del estudio presentado anteriormente, se ha implantado el denominado “Protocolo de Intervención Psicooncológica de Preparación a Trasplante de Medula Ósea” en la Unidad de TPH del Servicio de Hematología y Hemoterapia del “Hospital Universitario Virgen de las Nieves” (ver Anexo 5), formando parte de los procedimientos normalizados de trabajo, que están acreditados por el Sistema de Gestión de Calidad conforme a FACT-JACIE (*Joint Accreditation Committee of the International Society for Cellular Therapy and European Group for Blood and Marrow Transplantation / Joint Accreditation Committee-ISCT & EBM*, 2011) (ver Anexo 6).

Siguiendo la misma línea argumental del estudio anterior, es decir, facilitar a los pacientes un afrontamiento al trasplante en las mejores condiciones posibles, en el presente estudio se plantean nuevos objetivos. En primer lugar, la optimización del programa de intervención psicológico, incluyendo un nuevo módulo de entrenamiento en habilidades de comunicación emocional. La supresión emocional se ha definido como un estilo de afrontamiento que puede afectar al funcionamiento del sistema inmunológico (Pérez *et al.*, 2003), por ello, se quiere comprobar si, el entrenamiento en habilidades de comunicación podría favorecer el proceso de adaptación al trasplante.

El segundo objetivo se centra en el estudio de la posible influencia del procedimiento de trasplante sobre características de personalidad y estilos de afrontamiento (pensamiento constructivo, estilo de afrontamiento, locus de control, afectividad y supresión emocional) y comprobar la relación de estas variables en el proceso de implantación de los progenitores hematopoyéticos.

#### **3.1. Objetivos**

El objetivo general de estudio es identificar diferencias individuales relacionadas con el afrontamiento a la enfermedad, que permitan mejorar el protocolo de actuación psicooncológica de preparación emocional al trasplante, favoreciendo la atención integral de los pacientes oncohematológicos. Este objetivo general se desglosa en tres objetivos específicos:

1) Mejorar el protocolo de actuación de preparación a TPH a través del entrenamiento en habilidades de comunicación, comprobando el efecto en los registros de aislamiento

(percepción del paso del tiempo, del nivel de actividad, del estado de ánimo y el estado físico), niveles ansiedad y depresión, calidad de vida, afectividad y supresión emocional.

2) Analizar la posible influencia del procedimiento de trasplante en diferentes estilos de afrontamiento y variables emocionales. En concreto, se trataría de comprobar si, tras el trasplante, se producen cambios en pensamiento constructivo, estilo de afrontamiento, locus de control de salud, afectividad y supresión emocional.

3) Identificar diferencias individuales que puedan estar relacionadas con el proceso de implantación de progenitores hematopoyéticos en trasplante de médula, para ayudar a los pacientes a afrontar el proceso teniendo en cuenta dichas diferencias. Más concretamente, se trata de evaluar antes del ingreso a trasplante las habilidades y reacciones adaptativas claves para el éxito en la vida (Pensamiento Constructivo) y estudiar su relación con los valores de hemograma.

### **3.2. Hipótesis**

La hipótesis general es que la incorporación de un módulo de entrenamiento en habilidades de comunicación en el protocolo de intervención psicooncológica, puede mejorar la adaptación al proceso de trasplante. Por otra parte, el trasplante puede producir cambios en el estado emocional del paciente, la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento y, además, las diferencias individuales pueden estar relacionadas con el proceso de implantación de los progenitores hematopoyéticos en trasplante de médula ósea. Las hipótesis específicas de trabajo son:

- a. Los pacientes que reciban el programa de intervención ampliado, que incluye una sesión sobre Habilidades de Comunicación, en comparación con los pacientes que reciban el programa estándar, mejorarán la capacidad de expresión sobre su estado emocional, que se comprobará a través de la disminución de los factores de la Escala de Supresión Emocional. Además, este grupo presentará menores niveles de ansiedad, depresión y afectividad negativa y una mejor percepción de la calidad de vida.
- b. Los pacientes que participen en el programa de preparación ampliado, presentarán menos dificultades en el proceso de implantación de progenitores mostrando una mejor percepción del tiempo, actividad, ánimo y menor sintomatología medidos a través de los registros de los días de aislamiento.
- c. Los pacientes que se someten a un trasplante de progenitores hematopoyéticos presentarán cambios en algunas de las dimensiones del Pensamiento Constructivo tras su estancia de aislamiento, en comparación con un grupo de

personas que no pasen por dicha experiencia, (emotividad más adaptativa, mayor nivel de eficacia, menor rigidez, menor pensamiento esotérico o mayor ilusión).

- d. Tras el paso por aislamiento, se observarán cambios en el estilo de afrontamiento y el locus de control de los pacientes, que no serán evidentes en una muestra control sin enfermedad. En concreto, tras el trasplante, los pacientes presentarán un estilo de afrontamiento más adecuado, mostrando estrategias más activas fomentadas por la necesidad de adaptación tanto al trasplante como a la recuperación del mismo y, además, se observarán cambios en las dimensiones del locus de control de salud, indicando una percepción de mayor control después del trasplante.
- e. Los pacientes presentarán un aumento de la afectividad positiva y una disminución de la afectividad negativa tras el procedimiento de trasplante (especialmente en la medida de estado), así como una menor inhibición de la expresión emocional. Dichos cambios no se observarán en un grupo de personas controles sin enfermedad.
- f. Se encontrarán relaciones entre las dimensiones generales del Pensamiento Constructivo (emotividad, eficacia, pensamiento supersticioso, rigidez, pensamiento esotérico e ilusión) y los niveles de la serie leucocitaria, hemoglobina y plaquetar en los días claves del trasplante (0, +7 y +11), mostrando los pacientes con pensamiento constructivo mejores niveles de las series medulares en los días señalados.

### **3.3. Metodología**

#### **3.3.1. Diseño**

Se ha seguido un diseño cuasi-experimental (de caso típico) con medidas pre/post con tres grupos: Intervención Experimental, Intervención Estándar y Control Sanos.

#### **3.3.2. Participantes**

- **Ámbito del estudio de los grupos de intervención:** Unidad de TPH del Servicio de Hematología y Hemoterapia del “Hospital Universitario Virgen de las Nieves” de Granada,

- **Participantes del estudio de los grupos de intervención:** Pacientes diagnosticados de una patología hematológica que requieran de un trasplante de médula y que se sometan al tratamiento en la la Unidad de TPH del Servicio de

Hematología y Hemoterapia del “Hospital Universitario Virgen de las Nieves” de Granada.

**- Criterios de inclusión-exclusión de los pacientes de los grupos de intervención:**

Son los mismos descritos para el Estudio 1.

**- Tamaño muestral de los pacientes de los grupos de intervención:** Se aplica la misma estimación descrita en el Estudio 1.

**- Descripción de la muestra:** Los participantes son pacientes candidatos a trasplante según criterio médico y un grupo control formado por personas sanas igualados en cuanto a edad, sexo y nivel educativo. Los grupos de intervención han sido asignados de manera aleatoria a uno de los dos grupos de pacientes (alternando el grupo según orden de ingreso). A continuación, describimos cada uno de los tres grupos:

a) **Grupo Intervención Estándar**, formado por aquellos pacientes que han accedido a participar en el estudio y en la aplicación de las sesiones del programa de intervención psicooncológica estándar.

b) **Grupo Intervención Experimental**, formado por aquellos pacientes que han accedido a participar en el estudio a los cuales se les ha aplicado el programa de intervención psicooncológica estándar más un módulo para el entrenamiento de las habilidades de comunicación.

c) **Grupo Control Sanos**, formado por personas sanas que han participado de forma voluntaria en el estudio y han completado los cuestionarios en dos momentos, con una separación de tres meses, periodo que coincide aproximadamente con las medidas pre-TPH y post-TPH. Para el reclutamiento de este grupo se ha utilizado el método “bola de nieve” (Olmos *et al.*, 2007).

Se han realizado 66 entrevistas de información sobre el estudio, y se han llevado a cabo 63 evaluaciones iniciales, ya que 3 pacientes rechazaron la participación. Han realizado el programa de intervención psicológica estándar 32 participantes (Grupo Intervención Estándar) y han recibido la intervención experimental 31 (Grupo Intervención Experimental). Ingresan en trasplante 58 participantes (tres participantes salen del programa de trasplante debido a complicaciones en su patología y dos fallecen antes de iniciar el procedimiento).

De los 58 pacientes que ingresan, 8 no entregaron completa la evaluación inicial,

por lo que la muestra final ( $n = 50$ ) que se divide en 24 pacientes en el Grupo de Intervención Estándar y 26 en el Grupo Intervención Experimental. Durante la estancia de aislamiento se han recogido los datos acerca de la percepción del tiempo, sintomatología física, la actividad general y el estado de ánimo en el día del trasplante (Día 0) al total de la muestra (50 participantes), mientras que la recogida de estos datos en el día de alta se ha realizado a 48 participantes, debido a que dos de ellos fallecieron durante su estancia en aislamiento. Con respecto a la recogida de datos hematológicos (hemograma) se han recogido un total de 48 pacientes que reciben el alta de trasplante. En relación a la evaluación posterior a trasplante (+100 días) la situación es la siguiente: de un total de 48 participantes que fueron dados de alta tras trasplante, se han realizado 29 seguimientos +100 días, debido a la no localización de 9 de los participantes, por su pertenencia a otras unidades o hospitales, y al *exitus* de 8 de ellos.

Por todo ello, los datos que se analizan en este trabajo, que corresponden al periodo comprendido entre 2011 y 2013, incluyen a un total de 50 participantes de edades comprendidas entre los 16 y los 63 años, una media de edad de 43.6 años (DT = 11.36). Realizan la evaluación inicial, 48 participantes el día de alta, disminuyendo a 29 que realizan la evaluación +100 días post-TPH. Del total de muestra que es analizada con la evaluación previa al trasplante, 24 son hombres (50%) y 24 son mujeres (50%). De la muestra que es analizada en la evaluación post +100 días después del trasplante, 15 son hombres (51.7%) y 14 son mujeres (48.3%).

La distribución por grupos de investigación, teniendo en cuenta el género (hombre o mujer) el tipo de trasplante (autólogo o alogénico) y la patología (leucemia, linfoma o mieloma múltiple), que realizan la evaluación previa al trasplante puede observarse en la Tabla 11. La misma distribución por grupos que realizan la evaluación post-TPH puede observarse en la Tabla 12

**Tabla 11.**  
**Número de participantes y frecuencia de Grupo de Intervención Estándar e Intervención Experimental en función del género, diagnóstico y tipo de TPH al ingreso a TPH**

	Sexo		Diagnósticos			Tipo TPH	
	Hombre	Mujer	Leucemia	Linfoma	Mieloma	Autólogo	Alogénico
<b>G. Intervención Estándar</b> n = 22 (45.8%)	12	10	7	10	5	11	11
<b>G. Intervención Experimental</b> n = 26 (54.2%)	12	14	7	14	5	16	10
<b>Totales</b> n = 48	24 (50.0%)	24 (50.0%)	14 (29.2%)	24 (50.0%)	10 (20.8%)	27 (56.3%)	21 (43.8%)

Tabla 12.

Número de participantes y frecuencia de Grupo de Intervención Estándar e Intervención Experimental en función del género, diagnóstico y tipo de TPH a la evaluación +100 días

	Sexo		Diagnóstico			Tipo TPH	
	Hombre	Mujer	Leucemia	Linfoma	Mieloma	Autólogo	Alogénico
<b>G. Intervención Estándar</b> n = 13 (44.8%)	8	5	5	4	4	7	6
<b>G. Intervención Experimental</b> n = 16 (55.2%)	7	9	2	10	4	13	3
<b>Totales</b> n = 29	15 (51.7%)	14 (48.3%)	7 (24.1%)	14 (48.3%)	8 (27.6%)	20 (69.0%)	9 (31.0%)

Con respecto al Grupo Control Sanos, formado por personas sanas reclutadas de la población general, está formado por 32 sujetos, 16 son hombres (50%) y 16 son mujeres (50%), con una media de edad de 42.9 años (DT = 11.26) y edades comprendidas entre los 18 y los 62 años.

### 3.3.3. Instrumentos y medidas

1. **Historia clínica.** Las variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, situación familiar, escolaridad, situación laboral) y las variables clínicas (diagnóstico, estadio, tratamientos, tipo de TPH) se obtienen a través de la consulta de la historia clínica y se recogen en una hoja de datos creada para este estudio (ver Anexo 7).

2. **Información sobre la enfermedad.** Entendida como el grado que el paciente percibe de la calidad de la información que posee acerca de su enfermedad y de todo el proceso médico al que debe someterse. La evaluación se ha realizado a través del *Cuestionario Multidimensional de Adaptación a la Enfermedad para Pacientes Onco-hematológicos*, CMAE-OH (Ulla y Arranz, 2008; Rey *et al.*, 2012). Este instrumento de evaluación, de entrevista semiestructurada, permite el cribado de pacientes con problemas de adaptación a la enfermedad, además de la recogida sistemática de otros datos. Las dimensiones de grado de información sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico, grado de necesidad de información, nivel de satisfacción familiar, social y sanitaria, percepción del tiempo, bienestar, tristeza y nerviosismo, dificultad de expresión emocional, esfuerzo y capacidad de afrontamiento, se realizan a través de una escala Lickert del 1 al 10.

3. **Pensamiento Constructivo.** Se ha valorado a través del Inventario de pensamiento Constructivo, CTI (Contreras *et al.*, 2006). Es un instrumento que se emplea para la evaluación y predicción de muchas de las habilidades y reacciones adaptativas claves para el éxito en la vida. Abarca un reciente campo que ha suscitado un amplio interés

bajo el nombre de inteligencia emocional. Dispone de tres niveles de generalidad: una escala global de pensamiento constructivo/destructivo; seis escalas principales con las formas básicas de pensamiento constructivo y destructivo (Pensamiento constructivo global, Emotividad, Eficacia, Rigidez, Pensamiento esotérico e Ilusión); y quince subescalas o facetas de las escalas principales que describen modos específicos, tales como pensar positivamente, aferrarse a acontecimientos desafortunados del pasado, clasificar a la gente o a los hechos de modo categórico, o pensar en formas que favorecen o interfieren una actuación eficaz (Autoestima, Tolerancia a la frustración, Impasibilidad, Capacidad sobreponerse, Pensamiento positivo, Actividad, Responsabilidad, Pensamiento supersticioso, Extremismo, Susplicacia, Intolerancia, Creencias paranormales, Creencias irracionales, Euforia, Pensamiento estereotipado y Ingenuidad). Además cuenta con dos escalas de validez y deseabilidad (Epstein, 2003). Los coeficientes de fiabilidad de las escalas de la versión actual del CTI con 108 elementos, son satisfactorios en relación a las escalas aunque ligeramente bajos en algunas facetas. Cinco de las seis escalas del CTI son factorialmente estables; sin embargo, aunque la de pensamiento supersticioso no lo es, ha sido mantenida debido a los prometedores logros empíricos conseguidos en otros estudios como el realizado por Hoyer *et al.* (2000).

**4. Locus de Control.** Entendido como una dimensión de dos polos en los que la persona define los esfuerzos para conseguir un objetivo en función de si depende de sí misma (Locus Interno) o depende de factores externos (Locus Externo). La evaluación de esta variable se realizará a través de la *Escala Multidimensional de Locus de Control de Salud*, EMLCS (Wallston *et al.*, 1978). Consta de 18 ítems que distinguen el tipo de control que presenta el paciente con respecto a la enfermedad. Respecto a la confiabilidad, en la mayoría de investigaciones se ha encontrado que el alfa de Cronbach para las tres dimensiones fluctúan en un rango entre .60 y .75 y los coeficientes de estabilidad test-rest varían entre .60 y .70 (Moshki *et al.*, 2007; Wallston, 2005).

**5. Afectividad.** Para la medición del afecto positivo y negativo se empleó la *Positive and Negative Affect Schedule*, PANAS (Watson *et al.*, 1988). Esta prueba ha sido validada al español por Sandín *et al.* (1999). Consiste en 20 ítems referentes a emociones de forma que 10 de ellos miden afecto positivo (inspiración) y los otros 10 miden afecto negativo (disgusto). El índice de fiabilidad (medido mediante el alfa de Cronbach) para la subescala negativa fue de .86, y para la positiva de .84. En este estudio se utilizan ambas versiones, PANAS-Estado, en el que la persona responde de acuerdo a cómo se

siente en el momento presente y, PANAS-Rasgo, que evalúa cómo la persona se siente de manera general.

6. **Estilo de afrontamiento.** Entendido como la posible respuesta adaptativa o desadaptativa de los pacientes a la enfermedad. Se ha evaluado a través de la *Escala de Ajuste Mental al Cáncer*, MAC (Watson *et al.*, 1988). Permite clasificar el estilo de afrontamiento en cuatro categorías: Espíritu de Lucha, Indefensión, Preocupación Ansiosa, Fatalismo y Negación. Consta de 40 ítems que representan afirmaciones sobre diferentes maneras de hacer frente al diagnóstico de cáncer. La confiabilidad de ésta prueba puntúa entre .79 y .84 y la validez es de .72

7. **Supresión Emocional.** Definida como una inhibición deliberada y consciente, que supone un esfuerzo importante de los afectos negativos y/o de su expresión. Se ha medido a través de la *Escala de Control Emocional de Courtauld*, CEC (Watson y Greer, 1983). Está compuesto por 21 ítems (escala tipo Likert con un rango de 1 a 4), que ofrece una puntuación global relativa al control de las respuestas afectivas negativas (derivada de la suma total de los ítems) y una puntuación para cada una de las tres subescalas que lo componen, y que evalúan el grado en que el sujeto dice controlar la ira, la ansiedad y el estado de ánimo deprimido. Cada una de las subescalas consta de un total de 7 ítems. Esta escala posee buenas evidencias psicométricas presentando un coeficiente alpha de Cronbach de .88 (Patrão, 2007).

8. **Ansiedad-Depresión.** Se ha utilizado la *Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria*, HADS (Zigmond y Snaith, 1983). Este instrumento se ha descrito en el estudio anterior.

9. **Calidad de vida.** Ha sido evaluada a través del *Cuestionario EORTC.QLQ.C30 V 0.3*. (Arrarás *et al.*, 1995; Sprangers *et al.*, 1993). Este instrumento se ha descrito en el Estudio 1.

10. **Registro de la percepción del paso del tiempo, síntomas físicos y estado de ánimo.** De nuevo, este instrumento ha sido descrito en el Estudio 1 del presente trabajo, aunque se ha modificado la versión anterior. Se mantiene el registro de la percepción del paso del tiempo, el estado de ánimo y el nivel de actividad en el Día 0 y en el Día de Alta, a través de una escala Lickert del 1 al 10. Sin embargo la percepción de la sintomatología física, se realiza a través de una única escala global, sin diferenciar entre vómitos, náuseas, insomnio y dolor, también utilizando una escala Lickert de 1 al 10 en el Día 0 y el Día de Alta (ver Figura 13).

**Figura 13.**  
**Registro de percepción del tiempo, actividad general, estado de ánimo y percepción de sintomatología física en el Día 0 y Día de Alta durante la estancia de aislamiento.**

**REGISTROS TPH**

ETIQUETA

COD. ESTUDIO PACIENTE

**Percepción de Paso del Tiempo, Actividad, Estado Emocional y Sintomatología Física Durante Estancia en Cámara de Aislamiento**

**Fecha de Inicio:**  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Fecha de Finalización:**  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Tipo de Trasplante:**  
 Autólogo   
 Alogénico   
     - Hermano   
     - Anónimo   
     - Cordón

**AUTOREGISTROS TPH**

Fecha de Inicio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de Finalización: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DÍA + 0**

Percepción del Paso del Tiempo  
Durante Estancia  
en Cámara de Aislamiento  
 ACTIVIDAD  
 1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10

Percepción del Paso del Tiempo  
Durante Estancia  
en Cámara de Aislamiento  
 ACTIVIDAD  
 1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10

**COD. PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**DÍA + 0**

ACTIVIDAD GENERAL  
ESTADO DE ANIMO  
 1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10

ESTADO EMOCIONAL  
 1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10

**DÍA ALTA**

ACTIVIDAD GENERAL  
ESTADO DE ANIMO  
 1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10

ESTADO EMOCIONAL  
 1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10

**11. Variables Analíticas.** Los datos recogidos para todos los pacientes son los resultados de Leucocitos (Neutrófilos, Linfocitos, Monocitos y Eosinófilos), Hemoglobina y Plaquetas, para cada día de su estancia en trasplante. Para esta función se ha creado un registro específico (ver Figura 14).

**Figura 14.**  
**Registro de las variables analíticas seleccionadas del Hemograma para el estudio.**

DATOS ANALITICOS CLINICOS EN TPH							
	LEUCOCITOS	HEMOGLOBINA	PLAQUETAS	NEUTROFILOS	LINFOCITOS	MONOCITOS	EOSINOFILOS
DIA - 8	X10 E3/vl.	g/dl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.
DIA - 7	X10 E3/vl.	g/dl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.
DIA - 6	X10 E3/vl.	g/dl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.
DIA - 5	X10 E3/vl.	g/dl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.
DIA - 4	X10 E3/vl.	g/dl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.
DIA - 3	X10 E3/vl.	g/dl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.
DIA - 2	X10 E3/vl.	g/dl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.
DIA - 1	X10 E3/vl.	g/dl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.
DIA 0	X10 E3/vl.	g/dl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.
DIA + 1	X10 E3/vl.	g/dl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.
DIA + 2	X10 E3/vl.	g/dl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.
DIA + 3	X10 E3/vl.	g/dl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.
DIA + 4	X10 E3/vl.	g/dl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.
DIA + 5	X10 E3/vl.	g/dl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.
DIA + 6	X10 E3/vl.	g/dl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.
DIA + 7	X10 E3/vl.	g/dl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.
DIA + 8	X10 E3/vl.	g/dl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.
DIA + 9	X10 E3/vl.	g/dl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.
DIA + 10	X10 E3/vl.	g/dl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.
DIA + 11	X10 E3/vl.	g/dl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.
DIA + 12	X10 E3/vl.	g/dl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.
DIA + 13	X10 E3/vl.	g/dl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.
DIA + 14	X10 E3/vl.	g/dl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.
DIA + 15	X10 E3/vl.	g/dl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.
DIA + 16	X10 E3/vl.	g/dl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.
DIA + 17	X10 E3/vl.	g/dl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.
DIA + 18	X10 E3/vl.	g/dl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.
DIA + 19	X10 E3/vl.	g/dl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.
DIA + 20	X10 E3/vl.	g/dl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.
DIA + 21	X10 E3/vl.	g/dl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.
DIA + 22	X10 E3/vl.	g/dl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.
DIA + 23	X10 E3/vl.	g/dl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.
DIA + 24	X10 E3/vl.	g/dl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.
DIA + 25	X10 E3/vl.	g/dl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.	X10 E3/vl.

### 3.4. Intervención psicooncológica de preparación a TPH

Se ha incluido en el protocolo original de intervención psicológica de preparación a trasplante (descrito en el procedimiento del Estudio 1), un nuevo módulo de de entrenamiento en habilidades de comunicación. De este modo, los pacientes del denominado Grupo Intervención Experimental reciben, además de las cuatro sesiones del programa original, una quinta sesión denominada "Habilidades de comunicación", cuyo objetivo fundamental es brindar a los pacientes de herramientas que faciliten la comunicación de sus emociones, tanto a nivel familiar, como sanitario. Los pacientes reciben entrenamiento en Comunicación Asertiva, que hace referencia a una forma para interactuar efectivamente en cualquier situación, incluyendo aquellos momentos en las relaciones entre los seres humanos que representan un reto. Es decir, a través de este módulo se promueve el desarrollo de habilidades que permiten ser personas directas, honestas y expresivas en la comunicación además de seguridad, auto-respeto y habilidad para hacer sentir valiosos a los demás. Para ello se realiza una sesión psico-educativa donde se les explica las fases de la comunicación asertiva:

- Descripción de la conducta: *"Cuando estoy hablando contigo sobre cómo me siento e intentas que no hable de ello..."*
- Expresión de sentimientos. *"Yo me siento mal, pienso que no te importa lo que te estoy comentando."* en vez de *"Tu eres"*. El enfoque aquí se encuentra en la parte *"Yo siento"*, *"Yo quiero"* de la exposición. Al expresar enfado o desacuerdo es frecuente tender a acusar a la otra persona, exagerar e involucrarse con las emociones. El emplear esta técnica permite enfocar constructivamente en uno mismo y ser claros con respecto a nuestros propios sentimientos.
- Empatía. *"Entiendo que estás muy preocupado porque yo esté aquí, por todo el proceso de trasplante."*
- Negocio de un cambio. *"Sin embargo quiero que tú escuches cuando te hablo de que no estoy bien, que esto es duro."*
- Información de las consecuencias. *"Porque si no lo haces, yo prefiero que no vengas a visitarme."*

El programa de intervención psicooncológica del Grupo Intervención Estándar consta de cuatro módulos, mientras que el programa de Grupo Intervención Experimental consta de cinco. Las sesiones se realizan de forma individualizada, aunque se permite la estancia de un familiar, si así lo desea el paciente, en cada una de ellas. La periodicidad viene determinada por la dinámica de ingreso, de tal forma que, los pacientes que ingresan para aféresis reciben dichas sesiones en ese periodo de

ingreso (una sesión diaria) y los pacientes que no requieren ingreso reciben las sesiones con una periodicidad de dos por semana.

### 3.5. Procedimiento

Con respecto al procedimiento, el contacto inicial con los pacientes se lleva a cabo en sesión clínica donde el equipo médico concluye la necesidad del trasplante para el paciente, bien cuando se acaba de conocer el diagnóstico y/o el paciente se encuentra en tratamiento en la unidad, o bien cuando es solicitado el trasplante desde otros servicios u hospitales.

Una vez el paciente ha sido aceptado para trasplante, según el Procedimiento Operativo de la Unidad de Trasplante, se cita al paciente para la denominada “Sesión de acogida a TPH”, en la que se informa sobre todos los aspectos fundamentales relacionados con el tratamiento de trasplante. La psicooncóloga encargada acude a dicha reunión para realizar el primer contacto terapéutico y la evaluación inicial. A continuación se detallan los pasos a seguir, según el PNT-TPH-020 (ver Anexo 5):

- Información al paciente sobre la presencia y función de la psicooncóloga en la acogida del paciente a TPH.
- Terminado el protocolo médico se informa detalladamente al paciente y acompañantes del programa de intervención psicooncológica de preparación al TPH y del apoyo emocional durante todo el proceso, además de la posibilidad de participar en el estudio que aquí se presenta.
- Lectura y firma del consentimiento informado, tanto del programa establecido por el protocolo de la unidad, como el del estudio que se describe en este trabajo.
- A continuación se realiza la evaluación inicial a través del Cuestionario *Multidimensional de Adaptación a la Enfermedad para Pacientes Oncohematológicos* (CMAE-OH).

Las actuaciones psicooncológicas dependerán del tipo de trasplante al que debe someterse el paciente. Cuando el paciente deba someterse a la extracción de los progenitores hematopoyéticos para proceder a realizar un trasplante autólogo, las sesiones de intervención psicooncológica de preparación a TPH se realizan durante el ingreso para someterse al proceso de aféresis, en concreto, durante los días que el paciente se encuentre ingresado en la planta del Servicio de Hematología y Hemoterapia del “Hospital Universitario Virgen de las Nieves” y acuda al Centro de Trasfusiones.

Si el trasplante que se debe realizar es alogénico, la intervención psicooncológica se realiza en función de la dinámica médica de preparación a trasplante

(pruebas médicas, ingreso para colocación de catéter, etc.) y, cuando no sea posible, se coordinarán de acuerdo con el paciente, a través de cita programada.

La asignación a los grupos de Intervención Estándar e Intervención Experimental se realiza de forma aleatoria, de tal forma que la asignación a un grupo u otro, la determina su llegada al estudio, distribuyendo a los pacientes en ambos grupos, además de por el orden de llegada, también por el sexo, para igualarlos. La intervención psicooncológica, adaptada a su proceso, tenía lugar cuando los pacientes estaban en tratamiento médico previo al TPH. Por último, la sintomatología física, la percepción del tiempo, la actividad y el estado emocional durante la estancia de aislamiento, se recoge a través del registro de las percepciones del paso del tiempo, estado de ánimo y nivel de actividad, con preguntas directas a los pacientes, en el Día 0 (día de la inducción de progenitores hematopoyéticos) y el Día de Alta. La reevaluación se realiza en el Día +100 del trasplante.

A continuación, se describe el procedimiento:

1) Primera aplicación de la entrevista y de los cuestionarios (CAEM-OH). Se realiza en la Sesión de Acogida a Trasplante, en una sala preparada para ello donde se reúnen el paciente y los familiares que desea, con un hematólogo y la psicooncóloga. Se le explica el estudio, firmando el consentimiento informado (ver anexos 8a y 8b) y se realiza la entrevista (CAEM-OH). Además, se le entrega la batería de cuestionarios que deberá ser devuelta en el momento del ingreso a trasplante (CTI, MAC, EMLCS, PANAS, CEC, HADS y EORTC.QLQ.C30 V 0.3.). En general, esta fase se realiza aproximadamente entre un mes y dos semanas antes del ingreso a trasplante.

2) Intervención Psicológica Pre-TPH. Consiste en cuatro (Grupo Intervención Estándar) o cinco sesiones (Grupo Intervención Experimental), durante tratamiento previo al TPH. Se realiza, al igual que en el Estudio 1, en función de la dinámica de tratamientos médicos previos a trasplante.

3) Los registros de aislamiento, percepción del tiempo, estado de ánimo, actividad y síntomas físicos se realiza unos días después del ingreso, determinados por el protocolo médico. En concreto, en el Día 0, cuando se realiza la infusión de progenitores hematopoyéticos y en Día de Alta, cuando el paciente cumple los criterios para volver a casa. Es la propia psicooncóloga la que realiza las preguntas referentes a la percepción del paciente en estas dimensiones. La estancia media en aislamiento depende del tipo del trasplante al que paciente debe someterse, calculándose una media de 21 días para los trasplante autólogos y de 25 días para los trasplantes alogénicos. En función del protocolo de tratamiento los pacientes ingresan en aislamiento de 8 a 6 días antes del Día 0 en los casos de leucemias, linfomas y aplasia

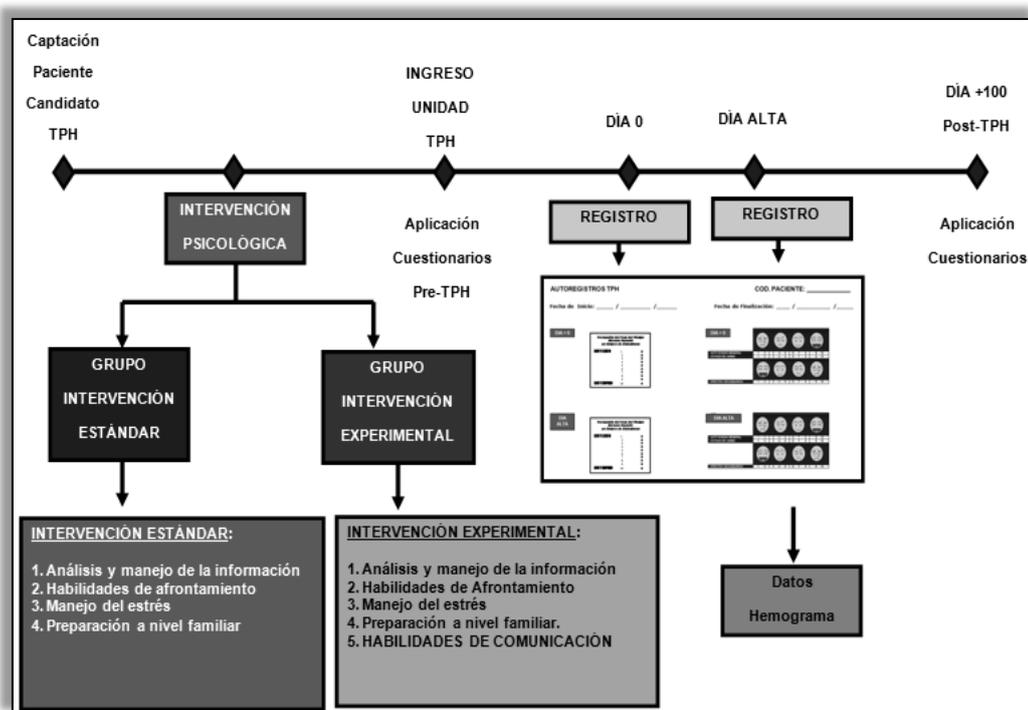
medular, mientras que en mieloma múltiple los pacientes ingresa 3 o 2 días antes del Día 0.

4) Las variables analíticas son recogidas a través del sistema informático del propio hospital, incorporándose en un registro creado para este estudio. Los datos obtenidos para todos los pacientes son los resultados de Leucocitos (Neutrófilos, Linfocitos, Monocitos y Eosinófilos), Hemoglobina y Plaquetas, para cada día de su estancia en trasplante.

5) Seguimiento +100 días. Se realizan citando a los pacientes en el momento estimado, haciendo coincidir esta cita con el seguimiento médico. En las evaluaciones se aplican los cuestionarios de evaluación (CTI, MAC, EMLCS, PANAS, CEC, HADS y EORTC.QLQ.C30 V 0.3.).

En resumen, estos pacientes son evaluados en tres momentos: antes del ingreso a trasplante, el día de alta (registros de aislamiento) y a +100 días. El programa de intervención se realiza entre la sesión de acogida a trasplante y el ingreso al mismo (ver Figura 15).

**Figura 15.**  
**Protocolo de actuación de investigación estudio**



Con respecto al Grupo Control Sanos, el procedimiento ha consistido en la aplicación de los cuestionarios (CTI, EMLCS, CEC y PANAS) en dos momentos puntuales, con un intervalo de tiempo de 100 días semejante al que pasa en los Grupos de Intervención, entre la evaluación al ingreso y la evaluación a+100 post-TPH. Además,

se controló que en el transcurso de estos 100 días no hubieran tenido un acontecimiento vital estresante.

### **3.6. Análisis estadísticos**

Se han realizado análisis descriptivos, de medias y desviaciones típicas para las variables cuantitativas y de frecuencias para las cualitativas. Las diferencias se han analizado utilizando la prueba  $t$  (para muestras independientes) y modelos lineales para medidas repetidas (estadístico Lambda de Wilks). En todos los casos se ha tenido en cuenta los supuestos de homogeneidad de las varianzas (prueba de Levene). Para el análisis de la relación en las variables indicadoras del curso del trasplante se ha realizado análisis de regresión lineal. Para todos estos análisis se ha utilizado el paquete estadístico SPSS versión 16.0.

### **3.7. Resultados**

A continuación se presentan los resultados de acuerdo con los objetivos planteados. En primer lugar se muestran las diferencias entre los grupos de pacientes (Grupo de Intervención Estándar y Grupo de Intervención Experimental) en la entrevista de acogida y para el resto de las variables, teniendo en cuenta también el momento de evaluación. En segundo lugar se presentan los datos de la comparación entre los pacientes y el Grupo Control Sanos en las variables evaluadas (pensamiento constructivo, locus de control de salud, afectividad, y supresión emocional). Por último se expone el análisis de la relación de las dimensiones del Pensamiento Constructivo y en las variables indicadoras del curso del trasplante.

#### **3.7.1 Diferencias entre el Grupo de Intervención Estándar y el Grupo de Intervención Experimental en la evaluación inicial: CAEM-OH**

En la Tabla 13 se incluyen las medias y desviaciones típicas para el Grupo de Intervención Estándar ( $n = 22$ ) y el Grupo de Intervención Experimental ( $n = 26$ ) en cada una de las dimensiones del CAEM-OH (grado de información sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico, grado de necesidad de información, nivel de satisfacción familiar, social y sanitaria, percepción del tiempo, bienestar, tristeza y nerviosismo, dificultad de expresión emocional, esfuerzo y capacidad de afrontamiento), así como los resultados de la comparación de los grupos a través del estadístico  $t$ . Como puede observarse, no existen diferencias significativas en ninguna de las dimensiones de la entrevista, es decir, los valores de las variables en los pacientes del Grupo de Intervención Estándar y Experimental son similares en la evaluación realizada en la acogida a TPH.

Tabla 13.

Medias (ME), desviaciones típicas (DT) y prueba *t* para el análisis de las diferencias entre el Grupo de Intervención Estándar y el Grupo de Intervención Experimental en la entrevista de ingreso

	G. Intervención Experimental		G. Intervención Experimental		<i>t</i>	<i>p</i>
	ME	(DT)	ME	(DT)		
Información Diagnostico	3.18	(0,59)	3.27	(0.45)	-0.581	.564
Información Tratamiento	3.09	(0,60)	3.23	(0.43)	-0.929	.358
Información Pronostico	2.36	(0,95)	2.42	(0.90)	-0.222	.820
Necesidad Información	1.14	(0,35)	1.35	(0.48)	-1.657	.098
Compresión Información	7.09	(2,16)	7.31	(1.59)	-0.400	.691
Satisfacción Familiar	9.64	(0,95)	9.35	(1.16)	0.934	.355
Satisfacción Social	7.36	(2,87)	6.73	(2.79)	0.772	.444
Satisfacción Sanitaria	8.95	(1,25)	8.58	(2.02)	0.760	.451
Percepción Tiempo	3.50	(1,26)	3.58	(1.33)	-0.204	.839
Percepción Bienestar	6.32	(1,52)	6.15	(1.51)	0.373	.711
Percepción Tristeza	2.86	(2,32)	2.23	(2.10)	0.992	.326
Percepción Nerviosismo	5.91	(2,35)	5.73	(2.49)	0.254	.801
Expresión Emocional	5.05	(3,17)	4.08	(3.15)	1.059	.295
Esfuerzo Afrontamiento	7.14	(2,38)	6.92	(1.79)	0.354	.725
Capacidad Afrontamiento	6.55	(2,72)	6.77	(2.37)	-0.304	.762

\**p*<.05 / \*\**p*<.01

### 3.7.2. Diferencias entre el Grupo de Intervención Estándar y el Grupo de Intervención Experimental en función del momento de la evaluación (ingreso a TPH y día +100)

En este apartado se presentan los resultados de la comparación entre los grupos de pacientes en función del momento de evaluación para las diferentes variables. Para el análisis se ha utilizado un modelo lineal general de medidas repetidas 2x(2), con dos niveles para el factor entre-grupos, en función de si los participantes han seguido el programa de intervención estándar o el programa experimental que incluye el módulo de comunicación, y dos niveles para el factor intra-sujetos, correspondientes a los dos momentos de evaluación (día de ingreso a trasplante y día +100 post-trasplante).

En las Tablas 14a, 14b, 15 y 16 se presentan las medias, desviaciones típicas y el resultado de las diferencias entre los grupos, el momento de la evaluación y la interacción para las dimensiones del pensamiento Constructivo, Afectividad y Calidad de

Vida, respectivamente. No existen diferencias significativas para ninguno de los factores, ni para la interacción. Por otra parte, los tamaños del efecto son bastante bajos en todas las dimensiones.

**Tabla 14a.**  
**Medias (ME), desviaciones típicas (DT), tamaño del efecto y análisis de las diferencias (Lambda de Wilks) en función del momento de la evaluación, interacción y grupo para las dimensiones del CTI (Pensamiento Constructivo)**

Variable	Grupos de Intervención	ME (DT) Ingreso	ME (DT) +100 días	Tam. Efec	Factor	F	p
<b>PENSAMIENTO CONSTRUCTIVO GLOBAL</b>	Estándar	48.80 (11.13)	48.27 (12.89)	0.04	Tiempo # Grupo	0.006	.941
	Experimental	49.94 (8.05)	50.39 (7.98)	-0.05		0.685	.414
						0.223	.640
<b>EMOTIVIDAD</b>	Estándar	48.33 (11.61)	49.13 (12.68)	-0.06	Tiempo # Grupo	0.171	.682
	Experimental	49.67 (12.25)	49.39 (11.25)	0.02		0.729	.400
						0.037	.849
<b>Autoestima</b>	Estándar	47.87 (10.06)	49.60 (10.72)	-0.16	Tiempo # Grupo	0.514	.479
	Experimental	51.67 (11.80)	51.22 (10.92)	0.03		1.468	.235
						0.532	.471
<b>Tolerancia Frustración</b>	Estándar	50.00 (9.06)	50.07 (10.97)	-0.01	Tiempo # Grupo	0.017	.897
	Experimental	50.28 (8.52)	50.39 (8.74)	-0.01		0.001	.974
						0.009	.927
<b>Impasibilidad</b>	Estándar	50.47 (10.05)	50.13 (10.69)	0.03	Tiempo # Grupo	0.005	.947
	Experimental	50.06 (10.47)	50.28 (10.61)	-0.02		0.113	.739
						0.001	.970
<b>Capacidad Sobreponer</b>	Estándar	49.53 (14.03)	50.33 (14.13)	-0.05	Tiempo # Grupo	0.028	.869
	Experimental	50.17 (11.44)	49.17 (12.00)	0.08		2.243	.114
						0.004	.953
<b>EFICACIA</b>	Estándar	49.80 (8.86)	49.20 (9.03)	0.06	Tiempo # Grupo	0.159	.693
	Experimental	51.67 (7.43)	51.50 (8.10)	0.02		0.051	.823
						0.575	.454
<b>Pensamiento Positivo</b>	Estándar	53.67 (11.29)	54.20 (14.53)	-0.04	Tiempo # Grupo	0.166	.686
	Experimental	56.44 (7.97)	57.39 (8.02)	-0.11		0.013	.910
						0.860	.361
<b>Actividad</b>	Estándar	49.53 (9.63)	49.60 (10.03)	-0.01	Tiempo # Grupo	0.207	.756
	Experimental	50.67 (7.19)	51.17 (8.74)	-0.06		0.653	.812
						0.207	.653
<b>Responsabilidad</b>	Estándar	48.27 (8.43)	49.87 (7.40)	-0.20	Tiempo # Grupo	0.159	.692
	Experimental	49.72 (7.73)	47.22 (9.18)	0.29		3.310	.079
						0.050	.824
<b>Pensamiento Supersticioso</b>	Estándar	53.73 (9.77)	53.00 (7.46)	0.08	Tiempo # Grupo	0.357	.554
	Experimental	53.89 (9.09)	52.56 (10.16)	0.13		0.030	.863
						0.003	.958
<b>Extremismo</b>	Estándar	60.53 (7.34)	58.53(9.28)	0.24	Tiempo # Grupo	0.467	.499
	Experimental	55.22 (8.42)	56.17 (9.45)	-0.10		3.635	.066
						1.705	.201
<b>SUSPICACIA</b>	Estándar	52.60 (7.08)	53.93 (9.65)	-0.15	Tiempo # Grupo	2.612	.116
	Experimental	51.50 (10.76)	55.17 (7.14)	-0.41		0.569	.456
						0.001	.980
<b>INTOLERANCIA</b>	Estándar	51.60 (8.97)	51.67 (8.55)	-0.01	Tiempo # Grupo	2.020	.165
	Experimental	51.72 (8.17)	49.33 (10.50)	0.25		2.258	.143
						0.129	.722

\*  $p < .05$  / \*\*  $p < .01$

Tabla 14b.

Medias (ME), desviaciones típicas (DT), tamaño del efecto y análisis de las diferencias (Lambda de Wilks) en función del momento de la evaluación, interacción y grupo para las dimensiones del CTI (Pensamiento Constructivo)

Variable	Grupos de Intervención	ME (DT) Ingreso	ME (DT) +100 días	Tam. Efec	Factor	F	p
PENSAMIENTO ESOTÉRICO	Estándar	49.13 (9.61)	49.00 (9.86)	0.01	Tiempo # Grupo	0.004	.950
	Experimental	53.56 (11.5)	53.78 (9.97)	-0.02		0.064	.802
						1.659	.203
Creencias Paranormales	Estándar	48.80 (9.84)	49.07 (8.03)	-0.03	Tiempo # Grupo	0.280	.600
	Experimental	53.00 (11.7)	53.56 (10.8)	-0.04		0.035	.854
						1.527	.226
Creencias Irracionales	Estándar	50.27 (9.68)	50.47 (11.3)	-0.01	Tiempo # Grupo	0.000	.984
	Experimental	54.56 (10.1)	54.39 (9.13)	0.01		0.052	.821
						1.436	.240
ILUSIÓN	Estándar	49.07 (10.9)	47.67 (9.32)	0.13	Tiempo # Grupo	0.005	.945
	Experimental	49.22 (8.80)	50.50 (9.28)	-0.14		2.334	.137
						0.215	.646
Euforia	Estándar	47.93 (14.3)	47.33 (12.4)	0.04	Tiempo # Grupo	0.984	.329
	Experimental	51.17 (7.42)	54.11 (10.5)	-0.32		2.249	.144
						1.783	.191
Pensamiento estereotipado	Estándar	57.60 (7.09)	57.20 (9.19)	0.04	Tiempo # Grupo	0.689	.413
	Experimental	52.39 (9.51)	51.22 (8.38)	0.13		0.165	.687
						3.808	.060
Ingenuidad	Estándar	48.40 (10.8)	46.80 (11.0)	0.14	Tiempo # Grupo	0.495	.487
	Experimental	48.78 (10.3)	48.67 (10.3)	0.01		0.375	.545
						0.103	.751
Deseabilidad	Estándar	54.13 (10.4)	53.00 (11.7)	0.10	Tiempo # Grupo	0.345	.561
	Experimental	53.06 (11.5)	55.28 (11.5)	-0.19		3.279	.080
						0.024	.877
Validez	Estándar	45.93 (9.61)	45.07 (9.95)	0.08	Tiempo # Grupo	0.086	.771
	Experimental	48.17 (11.1)	49.50 (11.2)	-0.11		1.913	.177
						0.851	.363

\*  $p < .05$  / \*\*  $p < .01$

Tabla 15.

Medias (ME), desviaciones típicas (DT), tamaño del efecto y análisis de las diferencias (Lambda de Wilks) en función del momento de la evaluación, interacción y grupo para las dimensiones del PANAS (Afectividad)

Variable	Grupos de Intervención	ME (DT) Ingreso	ME (DT) +100 días	Tam. Efec	Factor	F	p
Estado Positivo	Estándar	27.93 (5.83)	27.66 (5.81)	0.04	Tiempo # Grupo	0.723	.402
	Experimental	27.33 (5.86)	26.05 (5.53)	0.22		0.310	.582
						0.379	.543
Estado Negativo	Estándar	17.86 (6.15)	19.46 (5.92)	-0.26	Tiempo # Grupo	0.058	.811
	Experimental	21.27 (6.49)	19.22 (6.61)	0.31		3.747	.062
						0.628	.434
Rasgo Positivo	Estándar	30.46 (4.56)	30.20 (4.38)	0.05	Tiempo # Grupo	2.363	.134
	Experimental	31.72 (4.89)	29.83 (5.08)	0.37		1.338	.256
						0.087	.770
Rasgo Negativo	Estándar	17.46 (5.57)	18.13 (6.05)	-0.11	Tiempo # Grupo	0.445	.510
	Experimental	17.55 (5.59)	17.83 (5.03)	-0.05		0.075	.785
						0.003	.954

\*  $p < .05$  / \*\*  $p < .01$

**Tabla 16.**  
**Medias (ME), desviaciones típicas (DT), tamaño del efecto y análisis de las diferencias (Lambda de Wilks) en función del momento de la evaluación, interacción y grupo para las dimensiones del EORTC (Calidad de vida)**

Variable	Grupos de Intervención	ME (DT) Ingreso	ME (DT) +100 días	Tam. Efec	Factor	F	p
Función Física	Estándar	8.40 (2.99)	7.93 (2.93)	0.15	Tiempo	0.083	.775
	Experimental	7.05 (1.05)	7.72 (1.93)	-0.44	Tiempo # Grupo	2.676	.112
					Grupo	1.144	.293
Función Rol	Estándar	4.46 (2.03)	4.33 (1.54)	0.07	Tiempo	0.107	.746
	Experimental	3.94 (1.95)	4.22 (1.76)	-0.15	Tiempo # Grupo	0.869	.359
					Grupo	0.276	.603
Función Emocional	Estándar	8.28 (3.43)	7.85 (2.17)	0.15	Tiempo	1.871	.182
	Experimental	8.50 (3.14)	7.61 (2.76)	0.30	Tiempo # Grupo	0.228	.636
					Grupo	0.000	.986
Función Cognitiva	Estándar	3.46 (1.35)	3.26 (1.03)	0.16	Tiempo	0.142	.709
	Experimental	3.33 (1.68)	3.38 (1.37)	-0.03	Tiempo # Grupo	0.444	.510
					Grupo	0.000	.990
Función Social	Estándar	4.26 (1.58)	4.06 (1.53)	0.12	Tiempo	0.845	.365
	Experimental	4.22 (1.55)	4.00 (1.49)	0.14	Tiempo # Grupo	0.002	.962
					Grupo	0.013	.910
Percepción Salud	Estándar	5.00 (1.36)	4,73 (0.96)	0.23	Tiempo	0.031	.862
	Experimental	4.44 (1.38)	4.78 (1.06)	-0.27	Tiempo # Grupo	2.472	.126
					Grupo	0.460	.503
Percepción Calidad de Vida	Estándar	5.00 (1.41)	4.93 (1.16)	0.05	Tiempo	0.118	.734
	Experimental	4.83 (1.46)	5.06 (1.30)	-0.16	Tiempo # Grupo	0.407	.528
					Grupo	0.003	.957

\*  $p < .05$  / \*\*  $p < .01$

En la Tabla 17 se presentan los datos para los dimensiones de estilos de afrontamiento, donde se muestran diferencias significativas en la interacción ( $F_{1, 31} = 4.680$ ,  $p = .038$ ) para la variable Espíritu de Lucha, es decir, existen cambios a lo largo del tiempo presentando distintos patrones según el grupo de pertenencia en este estilo de afrontamiento. Estas diferencias señalan que en el Grupo de Intervención Estándar existe una disminución de los valores de esta dimensión en la segunda medida, al contrario que el Grupo de Intervención Experimental que presenta un aumento. Nuevamente, los valores del tamaño del efecto son bastante bajos.

Con respecto a las dimensiones del Locus de Control de Salud, en la Tabla 18 se indican los resultados obtenidos. En referencia al Locus de Control "Otras personas" se muestran diferencias significativas entre los dos momentos de evaluación ( $F_{1, 31} = 4.933$ ,  $p = .034$ ), es decir, que independientemente del grupo dimensión "Otras personas" aumenta tras el trasplante. En referencia al Locus de Control "Interno" aparecen diferencias entre los dos momentos de evaluación ( $F_{1, 31} = 12.765$ ,  $p = .001$ ), lo que indican un aumento de este estilo de Locus en el día +100 post-trasplante.

Tabla 17.

Medias (ME), desviaciones típicas (DT), tamaño del efecto y análisis de las diferencias (Lambda de Wilks) en función del momento de la evaluación, interacción y grupo para las dimensiones del MAC (Estilo de Afrontamiento)

Variable	Grupos de Intervención	ME (DT) Ingreso	ME (DT) +100 días	Tam. Efec	Factor	F	p
Espíritu Lucha	Estándar	47.33 (4.06)	45.26 (3.59)	0.58	Tiempo	0.004	.948
	Experimental	45.22 (6.00)	47.16 (4.15)	-0.38	# Grupo	4.680	.038*
					Grupo	0.006	.937
Indefensión	Estándar	10.26 (4.39)	11.00 (3.07)	-0.19	Tiempo	0.136	.714
	Experimental	11.77 (4.29)	10.61 (2.89)	0.32	# Grupo	2.620	.116
					Grupo	0.234	.632
Preocupación Ansiosa	Estándar	24.53 (4.42)	24.40 (3.29)	0.03	Tiempo	0.441	.511
	Experimental	23.83 (3.56)	23.16 (4.14)	0.17	# Grupo	0.196	.661
					Grupo	0.632	.433
Fatalismo	Estándar	20.86 (4.64)	20.73 (3.13)	0.03	Tiempo	1.635	.211
	Experimental	21.61 (3.07)	20.27 (4.41)	0.35	# Grupo	1.094	.304
					Grupo	0.014	.907
Negación	Estándar	2.06 (0.96)	2.06 (0.96)	0.00	Tiempo	0.031	.861
	Experimental	1.88 (1.18)	1.83 (1.09)	0.04	# Grupo	0.031	.861
					Grupo	0.372	.547

\*  $p < .05$  / \*\*  $p < .01$

Tabla 18.

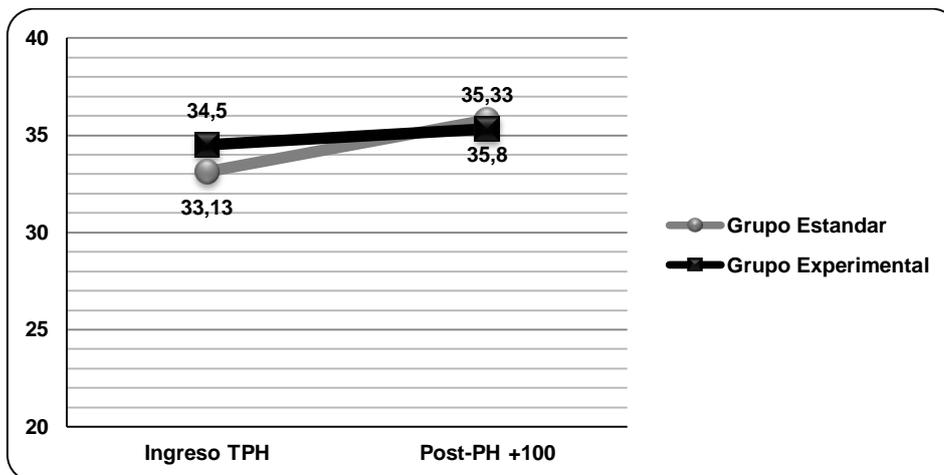
Medias (ME), desviaciones típicas (DT), tamaño del efecto y análisis de las diferencias (Lambda de Wilks) en función del momento de la evaluación, interacción y grupo para las dimensiones del EMLCS (Locus de Control)

Variable	Grupos de Intervención	ME (DT) Ingreso	ME (DT) +100 días	Tam. Efec	Factor	F	p
Otros Poderosos	Estándar	33.13 (7.69)	35.80 (7.95)	-0.34	Tiempo	4.933	.034*
	Experimental	34.50 (7.24)	35.33 (7.07)	-0.11	# Grupo	1.354	.254
					Grupo	0.033	.033*
Interno	Estándar	26.86 (7.37)	28.66 (6.87)	-0.25	Tiempo	12.765	.001*
	Experimental	29.38 (5.32)	33.38 (6.98)	-0.65	# Grupo	1.837	.185
					Grupo	2.774	.106
Azar	Estándar	31.33 (12.8)	33.40 (10.9)	-0.17	Tiempo	0.302	.587
	Experimental	30.83 (11.1)	27.44 (8.59)	0.34	# Grupo	5.138	.031*
					Grupo	0.801	.378

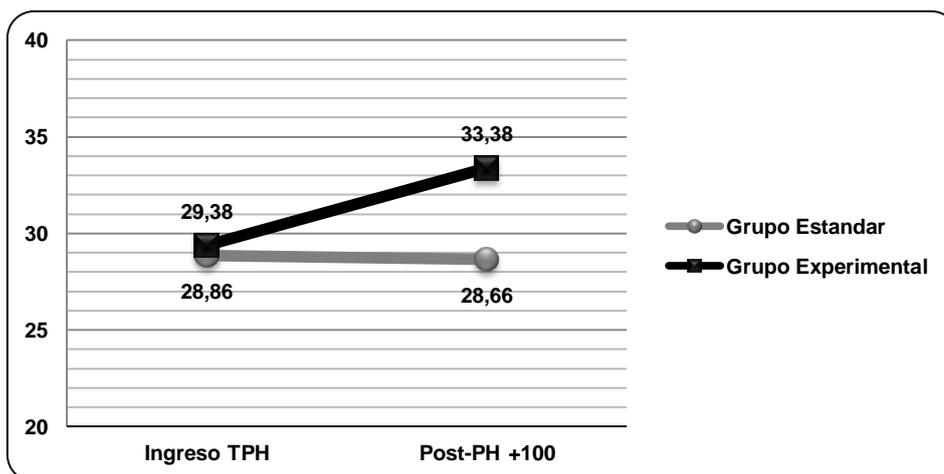
\*  $p < .05$  / \*\*  $p < .01$

Por último, existen diferencias en la interacción tiempo por grupo ( $F_{1,31} = 5.138$ ,  $p = .031$ ) en Locus de Control "Azar", es decir, existen cambios a lo largo del tiempo que revelan patrones diferentes según el grupo de pertenencia. En concreto, para el Grupo de Intervención Estándar se observa un aumento en la segunda evaluación, y para el Grupo de Intervención Experimental una disminución (ver figuras 16, 17 y 18).

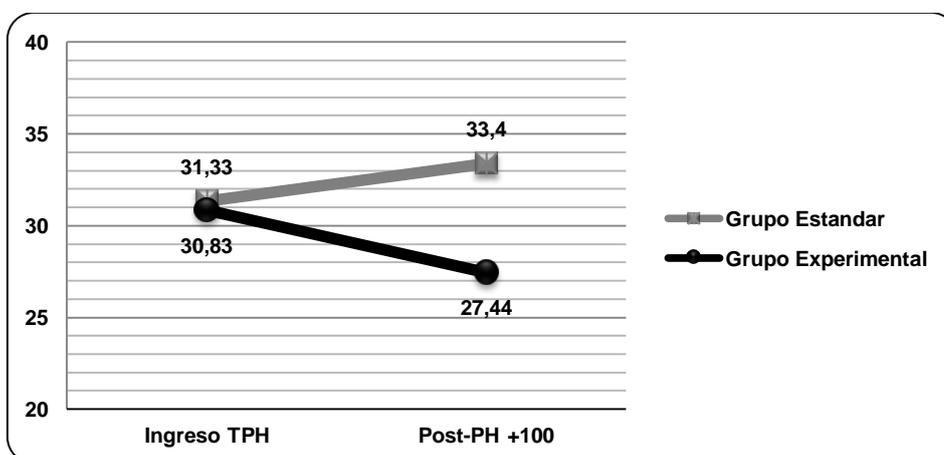
**Figura 16.**  
**Puntuaciones en Locus de Control “Otras Personas” para el Grupo de Intervención Estándar (Grupo Estándar) y el Grupo de Intervención Experimental (Grupo Experimental)**



**Figura 17.**  
**Puntuaciones en Locus de control “Interno” para el Grupo de Intervención Estándar (Grupo Estándar) y el Grupo de Intervención Experimental (Grupo Experimental)**



**Figura 18.**  
**Puntuaciones en Locus de control “Azar” para el para el Grupo de Intervención Estándar (Grupo Estándar) y el Grupo de Intervención Experimental (Grupo Experimental)**



En la Tabla 19 se pueden observar los datos de medias, desviaciones típicas y resultados de las diferencias entre los grupos, el momento de evaluación y la interacción, en las variables de ansiedad y depresión. En ellas se muestran diferencias significativas en la ansiedad con respecto al tiempo ( $F_{1, 31} = 4.708$ ,  $p = .038$ ) lo que indican una disminución en la segunda evaluación.

Tabla 19.

**Medias (ME), desviaciones típicas (DT), tamaño del efecto y análisis de las diferencias (Lambda de Wilks) en función del momento de la evaluación, interacción y grupo para las dimensiones del HADS (Ansiedad y Depresión)**

Variable	Grupos de Intervención	ME (DT) Ingreso	ME (DT) +100 días	Tam. Efec	Factor	F	p
Ansiedad	Estándar	7.60 (4.10)	7.06 (3.61)	0.14	Tiempo # Grupo	4.708	<b>.038*</b>
	Experimental	8.88 (4.39)	6.89 (4.64)	0.44		1.578	.218
						0.167	.686
Depresión	Estándar	4.80 (4.52)	4.93 (3.22)	-0.03	Tiempo # Grupo	0.578	.453
	Experimental	5.61 (4.92)	4.44 (4.10)	0.25		0.915	.346
						0.015	.904

\* $p < .05$  / \*\* $p < .01$

Con respecto a la variable de Supresión Emocional (ver Tabla 20), se observan diferencias significativas entre los dos momentos de evaluación en las tres dimensiones enfado ( $F_{1, 32} = 7.153$ ,  $p = .012$ ), preocupación ( $F_{1, 32} = 12.479$ ,  $p = .010$ ) y tristeza ( $F_{1, 32} = 20.649$ ,  $p = .000$ ). Estas diferencias también son significativas con respecto a la interacción, en enfado ( $F_{1, 32} = 7.609$ ,  $p = .010$ ), preocupación ( $F_{1, 32} = 15.100$ ,  $p = .000$ ) y tristeza ( $F_{1, 32} = 24.624$ ,  $p = .000$ ). Así mismo, las diferencias son significativas en cuanto al grupo en preocupación ( $F_{1, 32} = 1.941$ ,  $p = .000$ ) y en tristeza ( $F_{1, 32} = 18.931$ ,  $p = .000$ ).

Tabla 20.

**Medias (ME), desviaciones típicas (DT), tamaño del efecto y análisis de las diferencias (Lambda de Wilks) en función del momento de la evaluación, interacción y grupo para las dimensiones del CEC (Supresión Emocional)**

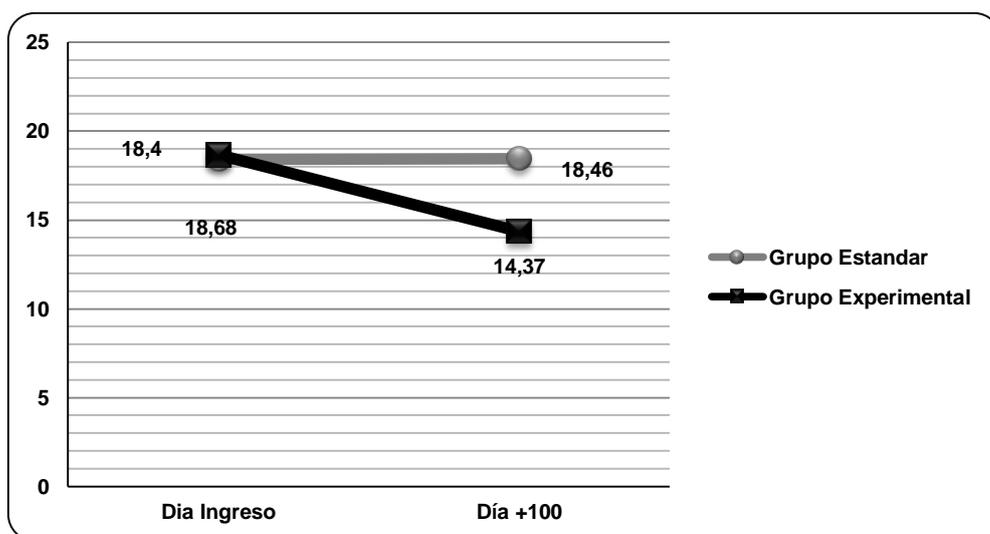
Variable	Grupos de Intervención	ME (DT) Ingreso	ME (DT) +100 días	Tam. Efec	Factor	F	p
Enfado	Estándar	18.40 (4.50)	18.46 (4.10)	-0.01	Tiempo # Grupo	7.153	<b>.012*</b>
	Experimental	18.68 (5.97)	14.37 (3.18)	0.94		7.609	<b>.010*</b>
						1.941	.173
Preocupación	Estándar	20.06 (3.49)	20.40 (3.35)	-0.09	Tiempo # Grupo	12.479	<b>.001**</b>
	Experimental	19.63 (5.40)	12.63 (2.60)	1.75		15.100	<b>.000**</b>
						18.062	<b>.000**</b>
Tristeza	Estándar	19.86 (3.27)	20.20 (3.72)	-0.09	Tiempo # Grupo	20.649	<b>.000**</b>
	Experimental	19.78 (5.04)	12.21 (1.75)	2.22		24.624	<b>.000**</b>
						16.931	<b>.000**</b>

\* $p < .05$  / \*\* $p < .01$

Estos resultados informan que, en general, existe una disminución de las tres dimensiones de supresión emocional en el Día +100 post-TPH. Por otra parte, los

patrones de cambio son diferentes para los grupos (una disminución para el Grupo de Intervención Experimental y un mantenimiento para el Grupo de Intervención Estándar), y además, el Grupo de Intervención Experimental presenta valores más bajos de supresión del enfado y de la tristeza. Por último, los tamaños del efecto son altos sólo para el Grupo de Intervención Experimental (ver figuras 19, 20 y 21).

**Figura 19.**  
Puntuaciones en Supresión emocional en la dimensión “Enfado” para el Grupo de Intervención Estándar (Grupo Estándar) y el Grupo de Intervención Experimental (Grupo Experimental)



**Figura 20.**  
Puntuaciones en Supresión emocional en la dimensión “Preocupación” para el Grupo de Intervención Estándar (Grupo Estándar) y el Grupo de Intervención Experimental (Grupo Experimental)

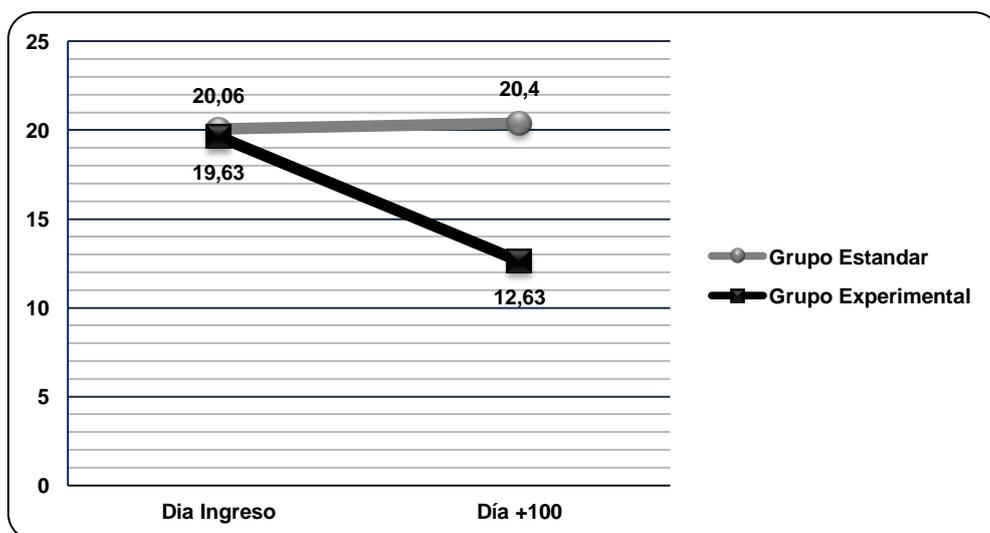
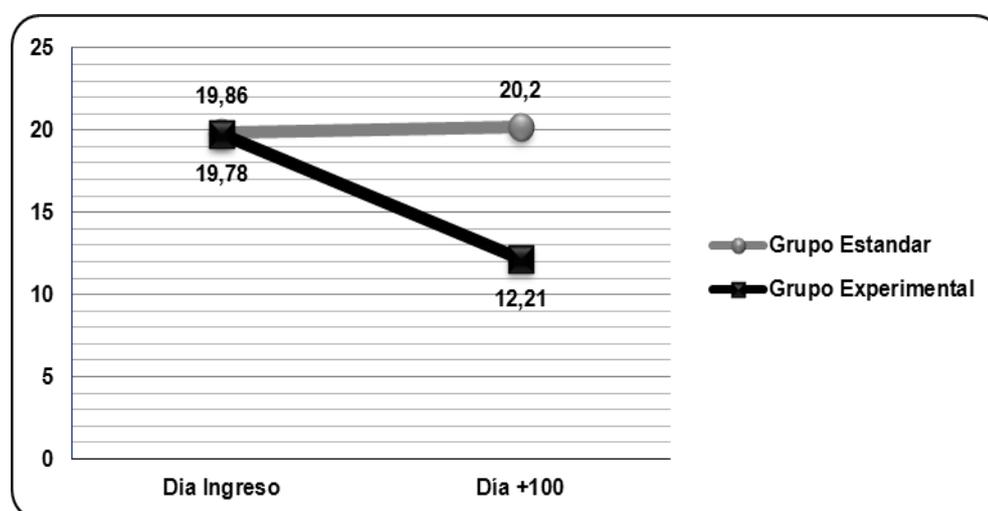


Figura 21.

Puntuaciones en Supresión emocional en la dimensión “Tristeza” para el Grupo de Intervención Estándar (Grupo Estándar) y el Grupo de Intervención Experimental (Grupo Experimental)



### 3.7.3. Diferencias entre el Grupo de Intervención Estándar y el Grupo de Intervención Experimental en el registro de aislamiento

Con respecto al análisis del registro de aislamiento (ver Tabla 21) los datos encontrados son significativos para el tiempo en todas sus variables: percepción del tiempo ( $F_{1, 44} = 211.05$ ,  $p = .000$ ), percepción de actividad ( $F_{1, 44} = 149.70$ ,  $p = .000$ ), percepción del estado de ánimo ( $F_{1, 44} = 206.61$ ,  $p = .000$ ) y percepción del estado físico ( $F_{1, 44} = 14.930$ ,  $p = .000$ ). Es decir, según el paso del tiempo en aislamiento, todos los participantes, independientemente del grupo al que pertenezcan, presentan un empeoramiento en todas las dimensiones. No existen diferencias entre los grupos, ni en la interacción. Además se observan valores altos en el tamaño del efecto.

Tabla 21.

Medias (ME), desviaciones típicas (DT), tamaño del efecto y análisis de las diferencias (Lambda de Wilks) en función del momento de la evaluación, interacción y grupo para los registros de aislamiento

Variable	Grupos de Intervención	ME (DT) Día 0	ME (DT) Día Alta	Tam. efec.	Factor	F	p
Percepción Tiempo	Estándar	7.48 (0.93)	5.62 (0.97)	1.92	Tiempo	211.05	.000**
	Experimental	7.88 (0.72)	6.12 (0.97)	2.08	# Grupo	0.152	.698
					Grupo	3.677	.062
Percepción Actividad	Estándar	7.33 (1.15)	5.33 (1.19)	1.70	Tiempo	149.70	.000**
	Experimental	7.92 (0.99)	5.84 (1.10)	1.99	# Grupo	0.058	.812
					Grupo	3.723	.060
Percepción Animo	Estándar	8.05 (1.02)	6.24 (0.99)	1.80	Tiempo	206.61	.000**
	Experimental	8.40 (0.82)	6.68 (0.85)	2.05	# Grupo	0.133	.717
					Grupo	2.682	.109
Percepción Estado Físico	Estándar	6.10 (1.70)	5.24 (1.97)	0.46	Tiempo	14.930	.000**
	Experimental	6.24 (2.22)	4.24 (1.71)	1.01	# Grupo	2.389	.129
					Grupo	0.975	.329

\*  $p < .05$  / \*\*  $p < .01$

### 3.7.4. Diferencias entre el Grupo Pacientes y el Grupo Control Sanos en función del momento de evaluación

En este apartado se presentan los resultados de la comparación entre el Grupo Pacientes (formado por el Grupo de Intervención Experimental y el Grupo de Intervención Estándar) y el Grupo Control Sanos (formado por los sujetos sin enfermedad) en función del momento de evaluación para las diferentes variables (Pensamiento Constructivo, Locus de Control, Afectividad y Supresión Emocional). Para el análisis se ha utilizado un modelo lineal general de medidas repetidas 2x(2), con dos niveles para el factor entre-grupos, en función de si los participantes eran pacientes (ambos grupos de intervención) o controles sanos, y dos niveles para el factor intra-sujetos, correspondientes a los dos momentos de evaluación (evaluación Pre y Post +100 días).

En las Tablas 22a y 22b se observan las medias, desviaciones típicas y el resultado de las diferencias entre los grupos, el momento de la evaluación y la interacción en las diferentes dimensiones y variables del CTI. No se encuentran diferencias significativas en ninguna de las dimensiones a excepción de la Intolerancia en la variable Grupo ( $F_{1, 61} = 6.170$ ,  $p = .016$ ). Estos resultados indican que el Grupo Control Sanos presenta valores más altos que el Grupo Pacientes en esta dimensión. Por último, también aparecen diferencias para la variable Grupo en las escalas de Deseabilidad ( $F_{1, 61} = 8.366$ ,  $p = .005$ ) y Validez ( $F_{1, 61} = 4.397$ ,  $p = .040$ ), en el primer caso explicable por los valores superiores del Grupo Pacientes y en el segundo por los valores superiores del Grupo Control Sanos.

**Tabla 22a.**

**Medias (ME), desviaciones típicas (DT) y análisis de las diferencias (Lambda de Wilks) en función del momento de la evaluación, interacción y grupo para las dimensiones del Pensamiento Constructivo (CTI)**

Variable	Grupos	ME (DT) Pre	ME (DT) Post	ES	Factor	F	p
<b>PENSAMIENTO CONSTRUCTIVO GLOBAL</b>	Pacientes	49.42 (9.43)	49.42 (10.4)	0.00	Tiempo	0.008	.928
	Control Sanos	45.33 (8.63)	45.23 (10.6)	0.01	# Grupo	0.008	.928
					Grupo	2.690	.090
<b>EMOTIVIDAD</b>	Pacientes	49.06 (11.8)	49.27 (11.7)	-0.01	Tiempo	0.117	.734
	Control Sanos	44.93 (8.15)	45.10 (10.0)	0.01	# Grupo	0.002	.967
					Grupo	2.510	.118
<b>Autoestima</b>	Pacientes	49.94 (11.0)	50.48 (10.7)	-0.04	Tiempo	0.000	.993
	Control Sanos	46.70 (8.93)	46.17 (10.1)	0.05	# Grupo	0.573	.452
					Grupo	2.300	.134
<b>Tolerancia Frustración</b>	Pacientes	50.15 (8.90)	50.24 (9.60)	0.00	Tiempo	0.252	.618
	Control Sanos	47.70 (8.26)	48.43 (10.6)	-0.07	# Grupo	0.153	.697
					Grupo	0.917	.342
<b>Impasibilidad</b>	Pacientes	50.24 (10.1)	50.21 (10.5)	0.00	Tiempo	0.008	.931
	Control Sanos	46.40 (8.26)	46.53 (8.90)	-0.01	# Grupo	0.019	.891
					Grupo	2.600	.112
<b>Capacidad Sobreponerse</b>	Pacientes	49.88 (12.8)	49.70 (12.8)	0.01	Tiempo	0.467	.497
	Control Sanos	47.03 (9.24)	46.27 (11.2)	0.07	# Grupo	0.177	.675
					Grupo	1.220	.274

\*  $p < .05$  / \*\*  $p < .01$

Tabla 22b.

Medias (ME), desviaciones típicas (DT) y análisis de las diferencias (Lambda de Wilks) en función del momento de la evaluación, interacción y grupo para las dimensiones del Pensamiento Constructivo (CTI)

Variable	Grupos	ME (DT)	ME (DT)	ES	Factor	F	p
EFICACIA	Pacientes	50.82 (8.04)	50.45 (8.48)	0.04	Tiempo	0.393	.533
	Control Sanos	48.03 (8.31)	49.20 (9.30)	-0.13	# Grupo	1.428	.237
					Grupo	0.966	.330
Pensamiento Positivo	Pacientes	55.18 (9.56)	55.94 (11.4)	0.45	Tiempo	2.136	.149
	Control Sanos	51.17 (8.05)	53.37 (7.53)	-0.28	# Grupo	0.508	.479
					Grupo	2.412	.126
Actividad	Pacientes	50.15 (8.26)	50.45 (9.23)	-0.03	Tiempo	0.077	.782
	Control Sanos	49.30 (7.24)	48.60 (8.97)	0.08	# Grupo	0.494	.485
					Grupo	0.446	.507
Responsabilidad	Pacientes	49.06 (7.96)	48.42 (8.40)	0.07	Tiempo	0.095	.759
	Control Sanos	48.27 (9.38)	48.43 (8.98)	-0.01	# Grupo	0.276	.601
					Grupo	0.037	.849
PENSAMIENTO SUPERSTICIOSO	Pacientes	53.82 (9.25)	54.61 (8.26)	-0.09	Tiempo	0.136	.714
	Control Sanos	53.83 (8.20)	52.43 (10.8)	0.14	# Grupo	1.735	.193
					Grupo	0.249	.620
RIGIDEZ	Pacientes	54.15 (8.19)	53.70 (8.55)	0.05	Tiempo	1.000	.321
	Control Sanos	54.57 (11.0)	53.73 (10.7)	0.07	# Grupo	0.086	.770
					Grupo	0.009	.924
Extremismo	Pacientes	57.64 (8.27)	57.24 (9.30)	0.04	Tiempo	3.002	.088
	Control Sanos	55.17 (9.08)	53.17 (8.41)	0.22	# Grupo	1.351	.250
					Grupo	2.417	.125
Suspiciacia	Pacientes	52.00 (9.15)	52.76 (8.90)	-0.08	Tiempo	1.276	.263
	Control Sanos	53.00 (9.01)	53.70 (11.4)	-0.06	# Grupo	0.002	.965
					Grupo	0.171	.681
Intolerancia	Pacientes	51.67 (8.41)	50.39 (9.59)	0.13	Tiempo	0.027	.870
	Control Sanos	55.63 (8.49)	56.67 (7.52)	-0.12	# Grupo	2.487	.120
					Grupo	6.170	.016*
PENSAMIENTO ESOTERICO	Pacientes	51.55 (10.7)	51.61 (10.0)	0.00	Tiempo	0.001	.971
	Control Sanos	48.87 (9.55)	48.77 (10.6)	0.00	# Grupo	0.023	.881
					Grupo	1.198	.280
Creencias Paranormales	Pacientes	51.09 (10.9)	51.52 (9.77)	-0.04	Tiempo	0.003	.958
	Control Sanos	48.43 (10.6)	48.07 (10.0)	0.03	# Grupo	0.524	.472
					Grupo	1.435	.236
Creencias Irracionales	Pacientes	52.61 (10.0)	52.61 (10.2)	0.00	Tiempo	1.344	.251
	Control Sanos	50.60 (8.62)	52.87 (12.4)	-0.21	# Grupo	1.344	.251
					Grupo	0.129	.721
ILUSION	Pacientes	49.15 (9.63)	49.21 (9.26)	0.00	Tiempo	1.059	.308
	Control Sanos	51.80 (7.22)	53.20 (8.91)	-0.17	# Grupo	0.891	.349
					Grupo	2.462	.122
Euforia	Pacientes	49.70 (10.9)	51.03 (11.7)	-0.11	Tiempo	2.288	.136
	Control Sanos	52.97 (7.78)	54.57 (9.23)	-0.18	# Grupo	0.019	.891
					Grupo	2.071	.155
Pensamiento Estereotipado	Pacientes	57.76 (8.77)	53.94 (9.13)	0.45	Tiempo	0.058	.810
	Control Sanos	54.67 (6.95)	55.87 (8.62)	-0.15	# Grupo	1.631	.206
					Grupo	0.216	.644
Ingenuidad	Pacientes	48.61 (10.4)	47.82 (10.5)	0.07	Tiempo	0.405	.527
	Control Sanos	49.53 (8.13)	51.50 (7.57)	-0.25	# Grupo	2.212	.142
					Grupo	1.139	.290
Deseabilidad	Pacientes	53.55 (10.9)	54.24 (11.5)	-0.06	Tiempo	0.188	.666
	Control Sanos	46.90 (8.55)	46.93 (9.02)	0.00	# Grupo	0.156	.695
					Grupo	8.366	.005*
Validez	Pacientes	47.15 (10.4)	47.48 (10.7)	-0.03	Tiempo	3.186	.079
	Control Sanos	50.73 (12.5)	54.57 (10.7)	-0.33	# Grupo	2.248	.139
					Grupo	4.397	.040*

\*  $p < .05$  / \*\*  $p < .01$

Con respecto al Locus de Control se muestran diferencias significativas en la variable Grupo en "Otras personas" ( $F_{1,62} = 7.577$ ,  $p = .008$ ) y en Azar ( $F_{1,62} = 10.079$ ,  $p = .002$ ). Es decir, los sujetos del Grupo Pacientes presentan mayores puntuaciones en

Locus de Control de Otras personas y de Azar que el Grupo Control Sanos (ver Tabla 23).

Por otro lado, con respecto al Locus de Control Interno aparecen diferencias significativas en la variable Grupo ( $F_{1, 62} = 7.628, p = .008$ ) y en la Interacción ( $F_{1, 62} = 4.485, p = .038$ ). Estos resultados señalan, por una parte, que el Grupo Control Sanos presenta valores más altos en este factor que el Grupo Pacientes y, por otra, que existen patrones diferentes para los grupos en función del tiempo, de manera que el Grupo Control Sanos mantiene valores constantes en ambas medidas, mientras que el Grupo Pacientes aumenta los valores en la segunda evaluación.

**Tabla 23.**  
**Medias (ME), desviaciones típicas (DT) y análisis de las diferencias (Lambda de Wilks) en función del momento de la evaluación, interacción y grupo para las dimensiones de las dimensiones del Locus de Control (EMLCS)**

Variable	Grupos	ME (DT) Pre	ME (DT) Post	ES	Factor	F	p
Otras Personas	Pacientes	33.87 (7.36)	35.54 (7.37)	-0.22	Tiempo	0.463	.499
	Control Sanos	29.93 (8.85)	29.29 (8.35)	0.07	Tiempo # Grupo	2.373	.129
					Grupo	7.577	<b>.008**</b>
Interno	Pacientes	28.24 (6.36)	31.24 (7.22)	-0.44	Tiempo	3.776	.057
	Control Sanos	33.74 (5.92)	33.61 (6.01)	0.02	Tiempo # Grupo	4.485	<b>.038*</b>
					Grupo	7.628	<b>.008**</b>
Azar	Pacientes	31.06 (11.7)	30.15 (10.0)	0.08	Tiempo	0.011	.919
	Control Sanos	23.06 (7.51)	24.16 (8.06)	-0.14	Tiempo # Grupo	1.205	.277
					Grupo	10.079	<b>.002**</b>

\*  $p < .05$  / \*\*  $p < .01$

En lo referente a la Afectividad solo se encuentran diferencias significativas en el Estado Negativo en la variable Grupo ( $F_{1, 62} = 4.127, p = .046$ ), es decir, los sujetos del Grupo Pacientes presentan mayores puntuaciones en Estado Negativo que el Grupo Control Sanos (ver Tabla 24).

**Tabla 24.**  
**Medias (ME), desviaciones típicas (DT) y análisis de las diferencias (Lambda de Wilks) en función del momento de la evaluación, interacción y grupo para las dimensiones de la Afectividad (PANAS)**

Variable	Grupos	ME (DT) Pre	ME (DT) Post	ES	Factor	F	p
Estado Positivo	Pacientes	27.60 (5.76)	26.78 (5.63)	0.15	Tiempo	0.131	.718
	Control Sanos	28.87 (5.43)	30.12 (4.18)	-0.25	Tiempo # Grupo	2.924	.092
					Grupo	3.806	.056
Estado Negativo	Pacientes	19.72 (6.46)	19.33 (6.21)	0.06	Tiempo	0.439	.510
	Control Sanos	16.09 (4.54)	17.41 (6.99)	-0.22	Tiempo # Grupo	1.500	.225
					Grupo	4.127	<b>.046*</b>
Rasgo Positivo	Pacientes	31.15 (4.71)	30.00 (4.70)	0.24	Tiempo	1.055	.308
	Control Sanos	31.06 (5.84)	31.09 (4.71)	0.00	Tiempo # Grupo	1.180	.282
					Grupo	0.200	.656
Rasgo Negativo	Pacientes	17.51 (5.50)	17.96 (5.43)	-0.08	Tiempo	0.181	.672
	Control Sanos	16.90 (5.36)	16.90 (6.05)	0.00	Tiempo # Grupo	0.181	.672
					Grupo	0.422	.519

\*  $p < .05$  / \*\*  $p < .01$

Con respecto a la variable de Supresión Emocional (ver Tabla 25), aparecen diferencias significativas entre los dos momentos de evaluación en las dimensiones enfado ( $F_{1,63} = 6.102$ ,  $p = .016$ ), preocupación ( $F_{1,63} = 5.627$ ,  $p = .021$ ) y tristeza ( $F_{1,63} = 6.725$ ,  $p = .012$ ). Estas diferencias también son significativas con respecto a la interacción, en enfado ( $F_{1,63} = 4.406$ ,  $p = .040$ ), preocupación ( $F_{1,63} = 10.855$ ,  $p = .002$ ) y tristeza ( $F_{1,63} = 48.256$ ,  $p = .000$ ). Estos datos informan que existe, en general, menos supresión emocional en las tres dimensiones en la segunda evaluación que, además, se explican por el patrón que reproduce el Grupo Pacientes (ver figuras 22, 23 y 24).

**Tabla 25.**

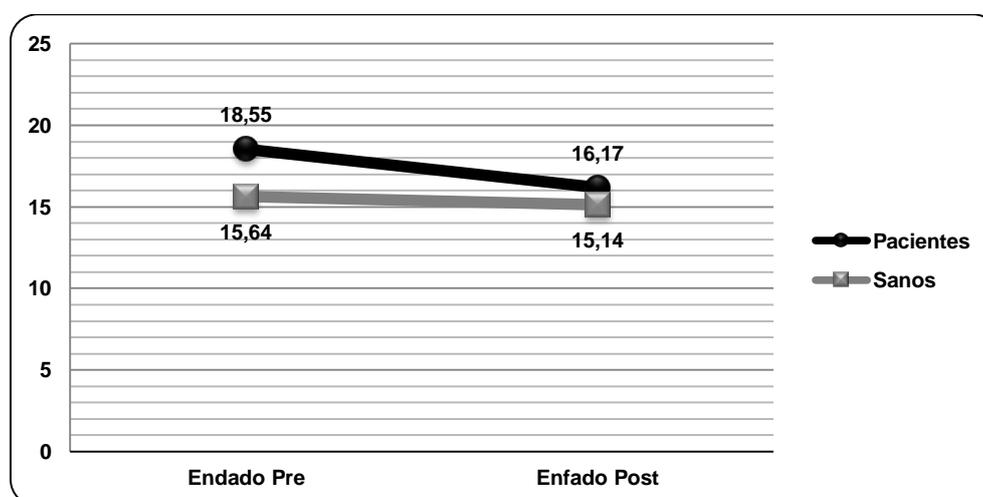
**Medias (ME), desviaciones típicas (DT) y análisis de las diferencias (Lambda de Wilks) en función del momento de la evaluación, interacción y grupo para las dimensiones de la Supresión Emocional (CEC)**

Variable	Grupos	ME (DT) Pre	ME (DT) Post	ES	Factor	F	p
Enfado	Pacientes	18.55 (5.29)	16.17 (4.11)	0.50	Tiempo	6.102	<b>.016*</b>
	Control Sanos	15.64 (4.52)	15.45 (4.14)	0.04	Tiempo # Grupo	4.406	<b>.040*</b>
					Grupo	3.282	.075
Preocupación	Pacientes	19.82 (4.60)	16.05 (4.88)	0.80	Tiempo	5.627	<b>.021*</b>
	Control Sanos	17.09 (3.38)	17.70 (3.53)	-0.17	Tiempo # Grupo	10.855	<b>.002**</b>
					Grupo	0.454	.503
Tristeza	Pacientes	19.82 (4.28)	15.73 (4.87)	0.89	Tiempo	6.725	<b>.012*</b>
	Control Sanos	16.77 (3.34)	17.77 (3.47)	-0.29	Tiempo # Grupo	48.256	<b>.000**</b>
					Grupo	0.382	.539

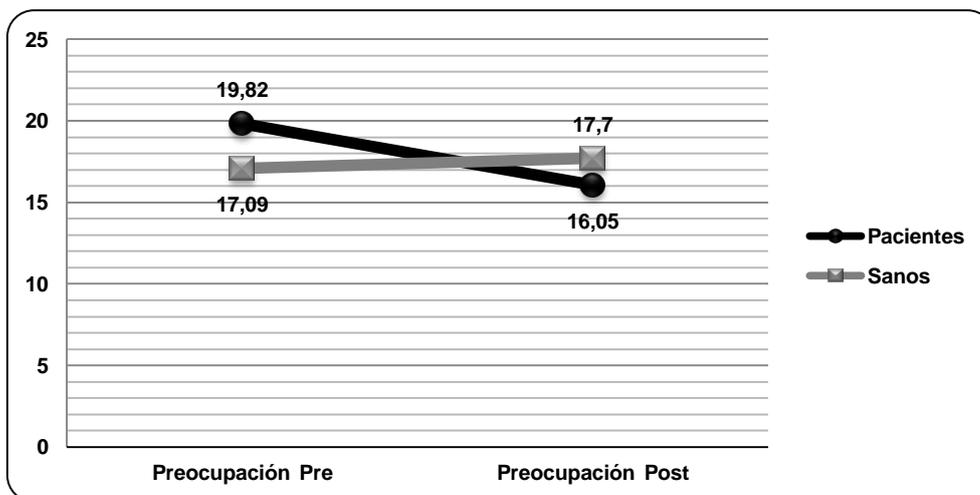
\* $p < .05$  / \*\* $p < .01$

**Figura 22.**

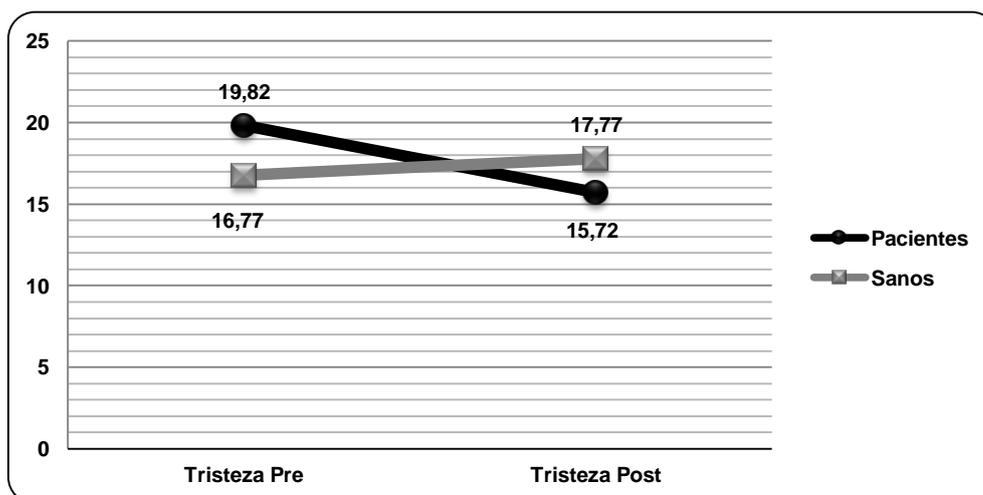
**Puntuaciones en Supresión emocional en la dimensión “Enfado” para el Grupo Pacientes (Pacientes) y el Grupo Control Sanos (Sanos)**



**Figura 23.**  
**Puntuaciones en Supresión emocional en la dimensión “Preocupación” para el Grupo Pacientes (Pacientes) y el Grupo Control Sanos (Sanos)**



**Figura 24.**  
**Puntuaciones en Supresión emocional en la dimensión “Tristeza” para el Grupo Pacientes (Pacientes) y el Grupo Control Sanos (Sanos)**



**3.7.5. Análisis de la relación entre las dimensiones del Pensamiento Constructivo y las variables indicadoras del curso del trasplante**

En este apartado se muestran las relaciones obtenidas entre las variables predictoras (dimensiones del CTI: Pensamiento Constructivo Global, Emotividad, Eficacia, Pensamiento Supersticioso, Rigidez, Pensamiento Esotérico e Ilusión) sobre la variables dependientes, variables indicadoras del curso del trasplante (Leucocitos, Neutrófilos, Linfocitos, Monocitos, Eosinófilos, Hemoglobina y Plaquetas) en tres días concretos del procedimiento del trasplante: Día 0, día en que se infunden los progenitores hematopoyéticos en todos los casos, Día +7, momento en que se inicia la

estimulación con factores de crecimiento en todos los pacientes y Día +11, día considerado como mediana de implantación de la serie leucocitaria en trasplantes autólogos y alogénicos (Carreras *et al.*, 2006).

### 3.7.5.1. Análisis de la relación entre las dimensiones del Pensamiento Constructivo y las variables leucocitarias indicadoras del curso del trasplante

En las tablas 26a, 26b, 26c, 26d y 26e aparecen reflejadas las correlaciones obtenidas entre las variables predictoras (dimensiones del CTI) sobre las variables dependientes, variables indicadoras del curso del trasplante (Leucocitos, Neutrófilos, Linfocitos, Monocitos, Eosinófilos, Hemoglobina y Plaquetas) en tres días concretos del procedimiento del trasplante: Día 0, Día +7 y Día +11. Entre las asociaciones destaca la correlación entre la variable predictora de Pensamiento Supersticioso en el nivel de Leucocitos en el Día +11 ( $t = -2.633$ ,  $p = .012$ ), así como en el nivel de Linfocitos en el Día 0 ( $t = -1.950$ ,  $p = .048$ ) y el Día +11 ( $t = -1.960$ ,  $p = .049$ ), además de en el Día 0 en el nivel de Monocitos ( $t = -2.199$ ,  $p = .034$ ). Así mismo aparece relación entre la variable predictora de Ilusión y los niveles de Leucocitos en el Día +11 ( $t = 3.173$ ,  $p = .003$ ), con el nivel de Neutrófilos en el Día + 11 ( $t = 2.893$ ,  $p = .006$ ) y con el nivel de Linfocitos en el Día 0 ( $t = 2.318$ ,  $p = .026$ ). Además el Pensamiento Esotérico se relaciona con el nivel Neutrófilos en el Día +7 ( $t = -2.158$ ,  $p = .037$ ).

**Tabla 26a.**

#### Análisis de regresión para los Leucocitos en el Día 0, Día +7 y Día +11

V. Dependiente	Variables Predictoras	B	t	P
Leucocitos Día 0	Pensamiento Constructivo Global	-0.420	-0.866	.392
	Emotividad	-0.022	-0.065	.949
	Eficacia	0.368	1.522	.136
	Pensamiento supersticioso	-0.232	-1.107	.275
	Rigidez	0.006	0.030	.976
	Pensamiento esotérico	0.170	0.979	.334
	Ilusión	0.073	0.421	.676
Leucocitos Día +7	Pensamiento Constructivo Global	-0.282	-0.567	.574
	Emotividad	0.034	0.093	.926
	Eficacia	0.018	0.075	.941
	Pensamiento supersticioso	-0.236	-1.100	.278
	Rigidez	0.151	0.737	.466
	Pensamiento esotérico	-0.138	-0.765	.449
	Ilusión	-0.013	-0.073	.942
Leucocitos Día +11	Pensamiento Constructivo Global	-0.283	-0.644	.523
	Emotividad	0.015	0.046	.964
	Eficacia	0.153	0.703	.486
	Pensamiento supersticioso	-0.499	-2.633	<b>.012*</b>
	Rigidez	0.101	0.561	.578
	Pensamiento esotérico	0.150	0.941	.353
	Ilusión	0.487	3.173	<b>.003**</b>

\*  $p < .05$  / \*\*  $p < .01$

**Tabla 26b.**  
**Análisis de regresión para los Neutrófilos en el Día 0, Día +7 y Día +11**

V. Dependiente	Variabes Predictoras	B	t	p
Neutrófilos Día 0	Pensamiento Constructivo Global	-0.476	-0.947	.349
	Emotividad	-0.010	-0.028	.977
	Eficacia	0.428	1.721	.093
	Pensamiento supersticioso	-0.215	-1.033	.308
	Rigidez	0.015	0.077	.939
	Pensamiento esotérico	0.179	1.028	.310
	Ilusión	-0.007	-0.038	.970
Neutrófilos Día +7	Pensamiento Constructivo Global	-0.017	-0.035	.972
	Emotividad	-0.022	-0.063	.950
	Eficacia	-0.052	-0.217	.830
	Pensamiento supersticioso	0.272	1.293	.204
	Rigidez	-0.022	-0.111	.912
	Pensamiento esotérico	-0.381	-2.158	<b>.037*</b>
	Ilusión	-0.110	-0.648	.521
Neutrófilos Día +11	Pensamiento Constructivo Global	-0.566	-1.258	.216
	Emotividad	0.398	1.219	.231
	Eficacia	0.033	0.148	.883
	Pensamiento supersticioso	-0.241	-1.242	.222
	Rigidez	0.132	0.714	.480
	Pensamiento esotérico	0.061	0.376	.709
	Ilusión	0.455	2,893	<b>.006**</b>

\*  $p < .05$  / \*\*  $p < .01$

**Tabla 26c.**  
**Análisis de regresión para los Linfocitos en el Día 0, Día +7 y Día +11**

V. Dependiente	Variabes Predictoras	B	t	p
Linfocitos Día 0	Pensamiento Constructivo Global	-0.607	-1.286	.206
	Emotividad	0.284	0.842	.405
	Eficacia	0.343	1.461	.152
	Pensamiento supersticioso	-0.431	-1.950	<b>.048*</b>
	Rigidez	-0.123	-0.635	.529
	Pensamiento esotérico	0.161	0.949	.348
	Ilusión	0.390	2.318	<b>.026*</b>
Linfocitos Día +7	Pensamiento Constructivo Global	-0.599	-1.199	.238
	Emotividad	0.011	0.030	.976
	Eficacia	0.301	1.217	.231
	Pensamiento supersticioso	-0.323	-1.498	.142
	Rigidez	-0.195	-0.947	.350
	Pensamiento esotérico	0.034	0.189	.851
	Ilusión	0.109	0.623	.537
Linfocitos Día +11	Pensamiento Constructivo Global	-0.701	-1.456	.154
	Emotividad	0.554	1.588	.121
	Eficacia	0.217	0.911	.368
	Pensamiento supersticioso	-0.426	-1.960	<b>.049*</b>
	Rigidez	0.102	0.516	.609
	Pensamiento esotérico	0.160	0.918	.365
	Ilusión	0.160	0.955	.346

\*  $p < .05$  / \*\*  $p < .01$

Tabla 26d.

Análisis de regresión para los Monocitos en el Día 0, Día +7 y Día +11

V. Dependiente	Variables Predictoras	B	t	p
Monocitos Día 0	Pensamiento Constructivo Global	-0.688	-1.434	.159
	Emotividad	0.185	0.541	.591
	Eficacia	0.386	1.617	.114
	Pensamiento supersticioso	-0.455	-2.199	<b>.034*</b>
	Rigidez	-0.101	-0.518	.608
	Pensamiento esotérico	0.151	0.881	.384
	Ilusión	0.214	1.256	.216
Monocitos Día +7	Pensamiento Constructivo Global	-0.231	-0.479	.635
	Emotividad	0.001	0.004	.999
	Eficacia	0.041	0.174	.863
	Pensamiento supersticioso	-0.405	-1.942	.060
	Rigidez	0.235	1.180	.245
	Pensamiento esotérico	-0.042	-0.241	.811
	Ilusión	0.138	0.817	.419
Monocitos Día +11	Pensamiento Constructivo Global	0.373	0.786	.437
	Emotividad	-0.176	-0.513	.611
	Eficacia	-0.121	-0.517	.608
	Pensamiento supersticioso	-0.297	-1.452	.155
	Rigidez	0.330	1.692	.099
	Pensamiento esotérico	0.201	1.173	.248
	Ilusión	0.186	1.123	.268

\*  $p < .05$  / \*\*  $p < .01$ 

Tabla 26e.

Análisis de regresión para los Eosinófilos en el Día 0, Día +7 y Día +11

V. Dependiente	Variables Predictoras	B	t	p
Eosinófilos Día 0	Pensamiento Constructivo Global	0.167	0.340	.736
	Emotividad	-0.067	-0.193	.848
	Eficacia	-0.012	-0.050	.961
	Pensamiento supersticioso	0.089	0.418	.678
	Rigidez	0.232	1.155	.255
	Pensamiento esotérico	-0.048	-0.272	.787
	Ilusión	0.147	0.843	.404
Eosinófilos Día +7	Pensamiento Constructivo Global	0.233	0.468	.642
	Emotividad	-0.212	-0.587	.561
	Eficacia	0.222	0.902	.373
	Pensamiento supersticioso	0.147	0.685	.498
	Rigidez	0.138	0.672	.505
	Pensamiento esotérico	0.013	0.072	.943
	Ilusión	-0.132	-0.761	.451
Eosinófilos Día +11	Pensamiento Constructivo Global	-0.386	-0.808	.424
	Emotividad	0.448	1.297	.203
	Eficacia	0.133	0.557	.581
	Pensamiento supersticioso	-0.293	-1.451	.155
	Rigidez	0.004	0.020	.984
	Pensamiento esotérico	0.198	1.142	.261
	Ilusión	-0.092	-0.542	.591

\*  $p < .05$  / \*\*  $p < .01$

### 3.7.5.2. Análisis de la relación entre las dimensiones del Pensamiento Constructivo y la variable Hemoglobina indicadora del curso del trasplante

En la Tabla 27 aparecen reflejadas las correlaciones obtenidas entre las variables predictoras (dimensiones del CTI) sobre la variables dependientes, variable indicadora del curso del trasplante de niveles de Hemoglobina en tres días concretos del procedimiento del trasplante: Día 0, Día +7 y Día +11. Se ha tenido en cuenta la necesidad de transfusiones de hematíes, por ello se ha calculado la mediana del día de inicio de estas transfusiones en la muestra de sujetos, que ha sido de 5.45 (min. = 1, max. = 13), es decir, la mayoría de los pacientes han necesitado la primera infusión de hematíes en el día +5 o +6 del trasplante.

El análisis de regresión señala asociaciones entre la variable predictora de Eficacia en el Día 0 en los niveles de Hemoglobina ( $t = 2.280$ ,  $p = .028$ ).

**Tabla 27.**  
**Análisis de regresión para las variables del Hemograma (Hemoglobina) en los Día 0, Día +7 y Día +11**

Variable Dependiente	Variables Predictoras	B	t	p
Hemoglobina Día 0	Pensamiento Constructivo Global	-0.181	-0.415	.680
	Emotividad	0.150	0.484	.631
	Eficacia	0.494	2.280	<b>.028*</b>
	Pensamiento supersticioso	0.061	0.327	.745
	Rigidez	0.188	1.057	.297
	Pensamiento esotérico	-0.243	-1.556	.128
	Ilusión	0.139	0.899	.374
Hemoglobina Día +7	Pensamiento Constructivo Global	-0.745	-1.550	.129
	Emotividad	0.649	1.863	.070
	Eficacia	0.428	1.805	.079
	Pensamiento supersticioso	0.047	0.226	.823
	Rigidez	0.002	0.008	.994
	Pensamiento esotérico	-0,81	-1.043	.304
	Ilusión	0.020	0.122	.904
Hemoglobina Día +11	Pensamiento Constructivo Global	-0.432	-0.952	.347
	Emotividad	0.602	1.830	.075
	Eficacia	0.414	1.847	.072
	Pensamiento supersticioso	0.287	1.467	.151
	Rigidez	0.008	0.041	.968
	Pensamiento esotérico	0.080	0.488	.629
	Ilusión	-0.164	-1.037	.306

\*  $p < .05$  / \*\*  $p < .01$

### 3.7.5.3. Análisis de la relación entre las dimensiones del Pensamiento Constructivo y la variable Plaquetas indicadora del curso del trasplante

En la Tabla 28 aparecen reflejadas las correlaciones obtenidas entre las variables predictoras (dimensiones del CTI) sobre la variables dependientes, variable indicadora del curso del trasplante de niveles de plaquetas en tres días concretos del procedimiento del trasplante: Día 0, Día +7 y Día +11. Se ha tenido en cuenta, igual que el caso anterior, la necesidad de transfusiones de plaquetas, por ello se ha calculado la mediana del día de inicio de este tipo de transfusiones en la muestra de sujetos, que ha sido de 5.85 (min. = 1, max. = 14), es decir, la mayoría de los pacientes han necesitado la primera infusión de plaquetas en el día +5 o +6 del trasplante. El análisis de regresión señala asociaciones entre la variable predictora de Eficacia en el Día 0 en los niveles Plaquetas ( $t = 2.537$ ,  $p = .015$ ). Además el Pensamiento Esotérico se relaciona con el nivel de Plaquetas también en el Día 0 ( $t = 2.323$ ,  $p = .025$ ).

**Tabla 28.**

**Análisis de regresión para las variables del Hemograma (Plaquetas) en los Día 0, Día +7 y Día +11**

Variable Dependiente	Variabes Predictoras	B	t	p
Plaquetas Día 0	Pensamiento Constructivo Global	-0.801	-1.779	.083
	Emotividad	0.320	0.998	.324
	Eficacia	0.568	2.537	<b>.015*</b>
	Pensamiento supersticioso	-0.365	-1.882	.067
	Rigidez	-0.145	-0.786	.436
	Pensamiento esotérico	0.374	2.323	<b>.025*</b>
	Ilusión	0.223	1.396	.170
Plaquetas Día +7	Pensamiento Constructivo Global	0.186	0.379	.707
	Emotividad	-0.319	-0.899	.375
	Eficacia	-0.033	-0.135	.894
	Pensamiento supersticioso	-0.063	-0.301	.765
	Rigidez	-0.325	-1.613	.115
	Pensamiento esotérico	0.158	0.891	.378
	Ilusión	0.158	0.927	.360
Plaquetas Día +11	Pensamiento Constructivo Global	-0.016	-0.034	.973
	Emotividad	0.099	0.293	.771
	Eficacia	-0.255	-1.108	.275
	Pensamiento supersticioso	-0.322	-1.605	.117
	Rigidez	0.317	1.655	.106
	Pensamiento esotérico	-0.071	-0.419	.677
	Ilusión	0.201	1.238	.223

\*  $p < .05$  / \*\*  $p < .01$

## 3.8. Discusión

Los objetivos actuales de la Psicooncología abarcan un continuo amplio que empieza con la prevención del cáncer y termina cuando finaliza la vida del enfermo, y

entre ambos extremos se incluyen la atención en las distintas fases de diagnóstico, tratamiento, supervivencia y cuidados paliativos y final de vida (Holland, 2003). Este estudio, como el anterior, se ha centrado en algunos de los factores relacionados con la asistencia a los enfermos oncohematológicos una vez que ha aparecido la enfermedad, y de manera especial, en uno de los momentos más difíciles asociados al TPH, el aislamiento.

En el estudio previo se pudo comprobar que un programa de intervención psicooncológica mejora significativamente el bienestar de los pacientes durante su estancia en la cámara de aislamiento y que estos efectos se mantienen en el periodo de recuperación. Por ello, el primer objetivo de este segundo estudio fue tratar de mejorar el protocolo de intervención, ofreciendo nuevos recursos para hacer frente al proceso de tratamiento médico. Como se vio anteriormente, el periodo de aislamiento es una etapa crucial en el tratamiento de la enfermedad oncohematológica, pero también especialmente estresante y que genera un gran malestar emocional y físico. Este hecho, es la causa que lleva a incorporar un nuevo módulo centrado en el entrenamiento de habilidades de comunicación emocional que permitiese a los pacientes expresar con mayor facilidad sus temores, quejas y preocupaciones.

Morris y Greer propusieron por primera vez en 1980 la existencia de una personalidad específica para el cáncer (en Andreu, 1998; Vinaccia, 2003). Se denominaron como personas *tipo c* y fueron descritas como aquellas emocionalmente contenidas frente al estrés, con un patrón característico constituido por la falta de manifestación de emociones negativas y, en consecuencia, por la falta de expresión de conductas asociadas a éstas. Son descritos como cooperativos, pasivos, evitadores de conflicto, supresores de emociones negativas, que usan la represión como mecanismo de afrontamiento, rígidos y con mayor predisposición a experimentar desesperanza y depresión. El modelo bidireccional de influencia psicológica plantea la aparición en el sujeto *tipo c* de una inadecuada experiencia de las emociones negativas. Se señala, además, que no es una incapacidad para expresar estas emociones a través de conductas, sino una dificultad para hacer consciente la emoción. Dresch *et al.* (2008) hablan de una personalidad desadaptativa, definida por una tendencia a experimentar emociones negativas pasivamente, caracterizada por aislamiento, sumisión e inseguridad, que favorece la aparición de enfermedades debido a las conductas de riesgo para la salud que se asocian a ella. Se plantean cinco factores relacionados con la personalidad *tipo c*: control emocional, racionalidad, expresión emocional, represión emocional y necesidad de armonía (Vinaccia, 2003). Otros autores, como Zozulya *et al.* (2008), hacen referencia a la supresión emocional como factor de riesgo para desarrollar cáncer (o enfermedades infecciosas).

De acuerdo con los argumentos anteriores, en este estudio se plantea incorporar un módulo de entrenamiento en habilidades de comunicación al programa de intervención psicológica de preparación al trasplante, con el objetivo fundamental de reducir la supresión emocional. Los resultados confirman la hipótesis inicial, aunque de manera parcial.

En primer lugar, no se encuentran diferencias entre los dos grupos de pacientes en variables como los factores del Cuestionario de Pensamiento Constructivo, los niveles de afectividad o la calidad de vida. En principio, no se esperaba encontrar diferencias en estilo de personalidad como consecuencia de las diferencias en la intervención, pero sí con respecto a la afectividad y la percepción de calidad de vida. En el caso de la afectividad, se muestra una tendencia coherente con la hipótesis de partida, es decir, los pacientes que reciben el módulo de habilidades de comunicación, sí presentan una ligera disminución en afectividad negativa (estado) en la segunda evaluación, contrario a lo que se observa en los pacientes del Grupo de Intervención Estándar. Sin embargo estas diferencias, no son estadísticamente significativas. Con respecto a las dimensiones del cuestionario de calidad de vida, los resultados son claros en señalar el importante efecto negativo sobre el bienestar de los pacientes, independientemente del tipo de intervención recibido.

Otras de las hipótesis confirmadas han sido que ambos grupos de intervención presentan una disminución a lo largo del tiempo en las tres dimensiones de supresión (enfado, preocupación y tristeza). Pero, además, es el grupo con el que se entrenan las habilidades de comunicación, el que presenta un cambio más adaptativo, es decir, es capaz de expresar con menos dificultad sus preocupaciones y sus emociones relacionadas con la tristeza, aumentando su comunicación asertiva y mejorando tres de los cinco factores propuestos por Vinaccia (2003) relacionados con la personalidad *tipo c*: control emocional, expresión emocional y represión emocional. Este resultado también es evidente en los valores del tamaño del efecto, que sólo llegan a ser considerables para el Grupo de Intervención Experimental que incluye el quinto módulo de habilidades de comunicación.

Además, el entrenamiento en habilidades de expresión emocional también produce cambios en el estilo de afrontamiento de la enfermedad, aumentando el Espíritu de Lucha, y en el Locus de Control de Salud, de manera que se reduce la percepción de que no hay nada que se pueda hacer para mejorar el estado de salud física. Como ya se ha señalado, la forma en que la persona hace frente a la enfermedad, depende de la conciencia que tiene de la misma, de su historia personal, del significado que le dé, de las consecuencias que de ella se derivan y, sobre todo, de los recursos de afrontamiento que pueda poner en marcha ante la situación que le está tocando vivir

(Larsen y Buss, 2005). El estilo de afrontamiento más adaptativo ante el desarrollo de una enfermedad neoplásica es el denominado “espíritu de lucha”, caracterizado por la aceptación total del diagnóstico, decisión de luchar contra la enfermedad y actitud optimista. Según los resultados presentados en esta Tesis, la adquisición de habilidades de comunicación fomenta este estilo de afrontamiento y, por lo tanto, favorece la adaptación al proceso de enfermedad y podría contribuir a la futura recuperación.

Por otra parte, se debe señalar que todos los pacientes, tras el trasplante, presentan también cambios adaptativos en el Locus de Control de Salud. En concreto, hay un aumento del Locus de Control Interno y en las expectativas del trabajo de los profesionales. Sin embargo, por el diseño del estudio, no se puede concluir si este resultado es efecto del protocolo de intervención psicooncológica, o se trata de un cambio relacionado con la propia situación que están viviendo los pacientes. A pesar de que debe ser la investigación futura la que clarifique las causas de este cambio, podría representar un efecto positivo para el afrontamiento a la enfermedad.

Con respecto a otras medidas, el entrenamiento en habilidades comunicativas no tiene un efecto significativo sobre las manifestaciones de Ansiedad o Depresión. No obstante, sí se observa una tendencia que indica que, aquellos pacientes que expresan sus emociones y necesidades de forma más asertiva, muestran menores niveles de ansiedad que los que presentan mayor supresión emocional.

Al igual que en el estudio anterior, los resultados ponen de manifiesto lo difícil que resulta el período de aislamiento en todos los pacientes, independientemente del grupo de pertenencia. Es decir, todas las variables que recogen el malestar y la sintomatología durante esta fase apuntan en la misma dirección. Si se comparan los niveles del Día del Ingreso con los del Día de Alta, se puede afirmar que, durante el aislamiento, el tiempo se percibe más lento, el nivel de actividad disminuye, hay un empeoramiento del estado de ánimo y un aumento de la sintomatología física.

En resumen, con respecto al primer objetivo, se puede afirmar que el entrenamiento en habilidades de comunicación mejora el protocolo de actuación de preparación a TPH reduciendo una de las características fundamentales que pueden relacionarse con una peor adaptación al procedimiento de trasplante, la supresión emocional.

Por otra parte, en el diagnóstico de una enfermedad neoplásica se dan una serie de circunstancias que son fuente de malestar psicológico: su naturaleza crónica, la incertidumbre ante su evolución, los efectos secundarios de los tratamientos que habitualmente se utilizan para su control y el significado social de la palabra cáncer (León *et al.*, 2012). Ante la enfermedad, la persona tiene que “aprender” a convivir con la misma, modificando sus esquemas habituales de funcionamiento y poniendo en

marcha sus recursos de afrontamiento. El mayor o menor impacto psicológico está determinado por el balance entre las amenazas y los recursos percibidos por el paciente (Costa *et al.*, 2009). Este cambio de recursos, de habilidades, sugiere la posibilidad de que las personas cambien. Por ello, como segundo objetivo de este estudio, se ha analizado la posible influencia del procedimiento de trasplante en diferentes estilos de afrontamiento y variables emocionales. En concreto, se ha tratado de comprobar si tras el trasplante, se producen cambios en alguno de los factores que recoge el Pensamiento Constructivo, el Estilo de Afrontamiento, el Locus de Control de Salud, la Afectividad y la Supresión Emocional.

El Pensamiento Constructivo se refiere a los pensamientos automáticos que permiten la percepción del mundo y de la vida de una manera positiva, facilitando la capacidad para relacionarse con los demás de un modo efectivo y de forma satisfactoria, además de ayudar a solucionar problemas interpersonales de una manera adecuada e incluyendo también la capacidad para solucionar eficazmente los problemas que surgen en la vida cotidiana. De acuerdo con los resultados, no se observan cambios tras el trasplante, pero, en comparación con personas sanas, los pacientes muestran menores niveles de Intolerancia, es decir, presentan un pensamiento más flexible, no categorizando a los hechos ni a las personas, especialmente cuando no se cumplen sus expectativas y estereotipos.

Con respecto al Locus de Control de la Salud, se ha encontrado un patrón diferente para los pacientes cuando se comparan con el Grupo Control de personas sanas. Los pacientes perciben que su salud depende en gran medida de factores ajenos a su control, como la suerte, el destino o la participación de otras personas, no reconociendo en ellos mismos la capacidad de alterar el curso de los eventos y de influir con sus acciones en el control de las contingencias de refuerzo que seguirán a su comportamiento. Sin embargo, este patrón no es estable, puesto que tras el proceso de trasplante, se produce un aumento del Locus de Control Interno. Esto quiere decir que en los pacientes aumenta la expectativa de que sus conductas o sus propias características personales influyen en su propio destino, pudiendo poner en marcha herramientas para transformar una situación adversa, o aumentar su probabilidad de éxito, haciendo que se sientan más implicados, y comportándose ante la situación de forma más activa.

La presente investigación ha demostrado que el afecto positivo y negativo son dimensiones independientes que permiten ver la evolución del estado emocional de pacientes que reciben tratamientos antineoplásicos. El conocimiento del papel que desempeña la afectividad en pacientes con cáncer está encaminado a que una alta afectividad negativa, baja afectividad positiva, pobre soporte social (Baider *et al.*, 2003),

y ciertas características de la enfermedad, como su tiempo de evolución, podrían predecir la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva (Lepore *et al.*, 2008). De manera general, los resultados son coherentes con las reacciones emocionales esperables cuando se tiene que hacer frente a una situación compleja y estresante, como es asumir el diagnóstico de una enfermedad oncológica y hacer frente al proceso de tratamiento médico. En este sentido, se observa que los pacientes, en comparación con el Grupo Control Sanos, presentan un aumento en la afectividad negativa al finalizar el tratamiento. Es decir, hay un estado subjetivo displacentero caracterizado por un amplio rango de emociones tales como miedo, enojo, congoja y nerviosismo. Sin embargo, resulta interesante que no existan diferencias en cuanto a los niveles de afectividad positiva, presentando los pacientes valores similares al grupo de referencia, tanto en la evaluación inicial, como en la posterior al trasplante. Por una parte, estos resultados señalan la independencia entre el afecto positivo y el negativo, y por otra, inciden, una vez más, en la capacidad de adaptación de los enfermos al proceso de enfermedad.

En la misma línea pueden interpretarse los resultados sobre la Supresión Emocional, que, como antes se ha comentado, se considera un patrón de afrontamiento evitativo. En este caso, se observa un cambio de la primera a la segunda evaluación que sólo se produce en el grupo de pacientes. Es decir, tras el trasplante, y después del período de aislamiento, los enfermos presentan una disminución en los niveles de inhibición emocional para los tres factores recogidos: preocupación, tristeza y enfado. Sin embargo, a pesar de poder considerarlo como un resultado positivo, no se puede conocer si estos cambios se deben, en realidad, al efecto del programa de preparación psicooncológica, o son una consecuencia de la movilización de recursos por parte de los pacientes para hacer frente a la situación de estrés, aunque como se comentó en la discusión de los resultados del primer objetivo, un entrenamiento en habilidades de comunicación, promueve dicho cambio. No obstante, esto debería ser objeto de futuras investigaciones.

Por último, con este estudio se ha tratado de Identificar diferencias individuales que pueden influir en el proceso de implantación de progenitores hematopoyéticos en trasplante de médula, para ayudar a los pacientes a afrontar el proceso teniendo en cuenta sus propias características. Más concretamente, se evalúan las habilidades y reacciones adaptativas claves para el éxito en la vida (Pensamiento Constructivo) y su relación con los valores de hemograma durante el trascurso del trasplante.

La relación entre el Sistema Nervioso Central (SNC), el Sistema Inmunológico (SI) y el Sistema NeuroEndocrino (SNE) cuenta con notables evidencias en cuanto al intercambio de información entre ellos (Ramos, *et al.*, 2008). Matsunaga *et al.*, (2008)

demuestran que estados de estrés pueden alterar la función del sistema inmunitario, a través de la innervación directa de los órganos linfoides por el SNC o mediante la liberación de mediadores solubles (citocinas y hormonas). Se ha observado que personas sometidas a situaciones de estrés, aunque sean cortas y pasajeras, experimentan cambios cualitativos y cuantitativos de la función del sistema inmune como, por ejemplo, la disminución de la capacidad proliferativa *in vitro* de los linfocitos ante mitógenos, o el aumento del número de linfocitos con capacidad citotóxica y algunos cambios en el perfil de secreción de citocinas (Irwin, 2008).

En un estudio meta analítico, Segerstrom y Miller (2004) analizaron las relaciones entre el estrés psicológico y determinados parámetros del sistema inmune en seres humanos encontrando que los estresores agudos están asociados con incrementos adaptativos de la actividad inmunológica inespecífica y decrementos en la inmunidad específica. En situaciones de estrés agudo se observa una tendencia que consiste en suprimir la respuesta celular inmune mientras que se preserva la humoral y, en situaciones de estrés crónico se observa supresión de ambas (celular y humoral). Como potenciador, aunque en situaciones de estrés agudo se produce un descenso brusco de leucocitos y monocitos en sangre, se produce un aumento paralelamente de los mismos en la piel, pared de tracto gastrointestinal y genitourinario, pulmones, hígado y nodos linfáticos (Ramos *et al.*, 2008).

Otros trabajos intentan determinar si algunas variables psicológicas pueden influir en la aparición o en el curso y desenlace de una determinada enfermedad en la que esté implicado el sistema inmune (Sirera *et al.*, 2006). Como los determinantes psicológicos que influyen en la conducta pueden venir directamente del SNC o indirectamente de la respuesta de estrés (mecanismos hormonales), cualquier cambio en la conducta que esté asociado a características de personalidad o a estilos de afrontamiento en situaciones de emergencia, así como estados emocionales negativos, podrían afectar al sistema inmunológico (Irwin, 2008). Existen incluso estudios que relacionan rasgos de personalidad ansiosa con el sistema inmune, es decir, se observa una asociación positiva entre el descenso del número de linfocitos, rasgo ansioso de personalidad y la percepción de amenaza, sugiriendo que el estrés puede incrementar la actividad humoral mediada por las células Th2 y hacer disminuir la inmunidad mediada por las células Th (Irwin y Miller, 2007).

En el campo del TPH Pulgar *et al.* (2012) señala la relación entre algunas variables psicosociales (depresión, ansiedad, estrategias de afrontamiento, apoyo social, etc.) y los parámetros clínicos indicativos de la respuesta inmunológica (hemoglobina, número de infecciones, etc.) concluyendo que las estrategias de

afrontamiento se asocian positivamente con los índices clínicos y la racionalidad se asocia con niveles más bajos de hemoglobina.

Los resultados de la presente Tesis no permiten extraer relaciones concluyentes, no obstante, muestran algunas relaciones entre las variables indicadoras del curso del trasplante (niveles de Leucocitos, Hemoglobina y Plaquetas) y las variables predictoras o dimensiones globales del CTI en momentos concretos del trascurso del trasplante. En concreto, se ha encontrado relaciones entre Pensamiento Supersticioso, Pensamiento Esotérico e Ilusión y la serie leucocitaria (Leucocitos, Neutrófilos, Linfocitos, Monocitos, Eosinófilos) y entre Eficacia y nivel de hemoglobina y plaquetar.

Los pacientes caracterizados por un Pensamiento Supersticioso, o lo que es lo mismo, por una necesidad de aferrarse a supersticiones privadas, como la creencia de que si uno desea mucho que una cosa suceda impedirá que suceda y que si ocurre algo muy bueno se contrarrestará con algo malo, presentan niveles más bajos en Leucocitos y Monocitos en el Día 0, y de Leucocitos y Linfocitos en el Día +11 del trasplante. Así mismo, se muestran relaciones negativas con el Pensamiento Esotérico, es decir, la creencia en fenómenos extraños mágicos y científicamente cuestionables, que revela una actitud propensa hacia los fenómenos inusuales y no comprobados, se relaciona de forma negativa con el nivel de Neutrófilos en el día +7 del trasplante. Es decir, el Pensamiento Supersticioso y el Esotérico se asocian negativamente con el trascurso del trasplante, y con el retraso del tiempo de implantación de progenitores hematopoyéticos. Se debe señalar también que a pesar de que el Pensamiento Esotérico correlaciona negativamente con la serie blanca, ocurre el efecto contrario con el nivel de Plaquetas en el Día 0, es decir, los pacientes con este estilo de pensamiento mantienen mejores niveles de plaquetas en el día de la infusión de progenitores hematopoyéticos, lo cual facilitaría la implantación de los progenitores a lo largo del trasplante.

Por otro lado, la Ilusión como dimensión adaptativa del pensamiento constructivo, entendida como el grado en que una persona es optimista, incluso sin fundamento, se relaciona de forma positiva con el nivel de Linfocitos en el Día 0 y en el Día +11 y con el nivel de Neutrófilos en el Día +11.

Con respecto a la serie plaquetar y al nivel de hemoglobina, los resultados señalan que la Eficacia, o la tendencia a pensar automáticamente en términos que faciliten una acción eficaz, se relaciona de forma positiva con los niveles de Hemoglobina y Plaquetas en el Día 0. Por lo que se puede concluir que la eficacia se asocia positivamente al trascurso del trasplante, y a la facilitación de la implantación de progenitores hematopoyéticos.

Del mismo modo que en el estudio anterior, algunas de las limitaciones están relacionadas con la complejidad del concepto de la salud y la enfermedad que está

determinado por multitud de variables. En primer lugar, señalar que desde la inclusión del programa de intervención en la unidad, todos los pacientes que deben someterse a este procedimiento, realizan el programa presentado en este estudio según protocolo de funcionamiento de la Unidad de TPH del Servicio de Hematología y Hemoterapia “Hospital Universitario Virgen de las Nieves” de Granada. Aunque esto facilita la asignación aleatoria de los pacientes a los grupos de investigación que determina si recibirán, o no, el módulo de entrenamiento en habilidades de comunicación, interfiere en el diseño y la metodología ideal para un estudio de estas características. Aunque metodológicamente hubiera sido deseable contar con una evaluación previa de los pacientes antes del inicio del programa no ha sido posible, debido a la mecánica del protocolo de preparación a trasplante.

Por otra parte, el presente estudio muestra la necesidad de explorar las relaciones entre otras variables que no han sido incluidas como otras características de personalidad directamente relacionadas con modelos biológicos, como por ejemplo, el Modelo Temperamental de Cloninger (Cloninger *et al.*, 1993).

Estos resultados ponen de manifiesto la eficacia de programas de preparación psicooncológica a trasplante, así como los beneficios de incorporar un módulo de habilidades de comunicación y al mismo tiempo abre futuras líneas de trabajo. Una de estas líneas estaría relacionada con la valoración psicológica adaptada a estos pacientes, para optimizar el seguimiento y apoyo psicológico. Otra de las líneas trataría de comprobar, a largo plazo, el efecto del trasplante en los supervivientes al mismo. Por último, se podrían incluir en el programa de preparación técnicas grupales que ayuden a los pacientes a afrontar el proceso a través de la interacción de otras personas que hayan pasado por la misma situación.

### **3.9. Conclusiones**

1. El entrenamiento en habilidades de comunicación en el programa psicooncológico de preparación al TPH contribuye a reducir la inhibición emocional y la percepción de azar.
2. La inclusión del módulo de habilidades de comunicación en el programa psicooncológico de preparación al TPH contribuye al aumento del espíritu de lucha en el afrontamiento con la enfermedad.
3. El proceso de TPH conlleva cambios físicos y emocionales que repercuten negativamente en el bienestar de los pacientes, aumentando la afectividad negativa, el malestar emocional, la sintomatología física y la percepción del paso del tiempo.

4. El TPH conlleva cambios físicos y emocionales que repercuten negativamente disminuyendo la calidad de vida y los niveles de actividad de los pacientes que se someten al mismo.
5. No obstante, a lo largo del proceso también se observan cambios que señalan la movilización de estrategias de afrontamiento adaptativas: menor intolerancia, un aumento del locus de control interno relativo a la salud, mantenimiento de los niveles de afectividad positiva y una disminución de la inhibición emocional (enfado, preocupación y tristeza).
6. El pensamiento supersticioso y el esotérico se relacionan negativamente con las variables del hemograma y el tiempo de implantación y, por el contrario, la ilusión y la eficacia se relacionan de manera positiva.
7. Los programas psicooncológicos de preparación atendiendo las necesidades de los pacientes, reducen el malestar asociado a este proceso y contribuyen a su calidad de vida.

## **DISCUSIÓN GENERAL Y CONCLUSIONES**

---



#### 4. DISCUSIÓN GENERAL Y CONCLUSIONES

La palabra cáncer quizás sea una de las más empleadas y que más miedo genera cuando se habla de salud y de su reverso, la enfermedad. El término cáncer se emplea para un grupo de enfermedades que tienen un denominador común: la transformación de la célula normal en otra que se comporta de forma peligrosa para el cuerpo. Es considerado como una enfermedad bio-psico-social, afirmándose que en su tratamiento debe cubrirse también los problemas psicológicos que se relacionan con esta enfermedad (Ibáñez y Soriano, 2008).

El Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos (TPH) se realiza cuando se ha producido un daño en la médula ósea que le impide realizar la formación de las células sanguíneas, fundamentales para la vida humana. La quimioterapia que se administra para destruir células cancerosas, al mismo tiempo, puede dañar la médula ósea y otros órganos. Por ello generalmente no se suelen utilizar dosis muy elevadas. Cuando el cáncer no desaparece con una dosis moderada de quimioterapia y se requiere, para la curación, administrar otra mucho mayor, junto con el empleo en ocasiones de radioterapia, será necesario realizar un trasplante de progenitores hematopoyéticos porque la médula ósea va a ser destruida en su totalidad por la quimioterapia y/o radioterapia (Carreras *et al.*, 2006).

En ocasiones, este procedimiento supone la única posibilidad de curación para algunos pacientes con leucemia u otras enfermedades, como algunos tipos de linfomas, mieloma múltiple, aplasia medular entre otros. En general existen dos tipos de TPH, el alogénico (cuando las células que se trasplantan, sean de médula ósea o de sangre periférica, son de un donante, familiar o no, cuyo tipo tisular es casi idéntico al del paciente) y el autólogo (cuando las células que se trasplantan son del propio paciente). La diferencia entre ambos tipos radica fundamentalmente en la aloreactividad de los trasplantes alogénicos. El efecto «injerto contra leucemia o contra tumor», la respuesta por parte de las células inmunitarias del donante frente a las malignas del receptor que en muchos casos, llega a erradicar las células malignas, se asocia con la Enfermedad Injerto Contra Huésped (EICH). Esta enfermedad ocurre cuando los glóbulos blancos del donante (injerto) identifican las células en el cuerpo del paciente (el huésped) como extrañas y las atacan, llevando en muchos casos a poner la vida de los pacientes en riesgo (Ruiz, 2009).

Los pacientes sometidos a TPH suelen experimentar sentimientos opuestos cuando se enfrentan a la realización del mismo. Por una parte, el trasplante representa la posibilidad de recuperar la salud y, por otra, constituye una fuente generadora de temor e inseguridad ante la posibilidad de complicaciones, el desconocimiento y falta de información, y la propia complejidad de todo el proceso. Se ha descrito cómo el paciente

siente incertidumbre sobre sí mismo, sobre su vida familiar, social y laboral y, sobre las relaciones con los profesionales sanitarios, lo que puede favorecer la aparición de conductas desadaptativas y la no adherencia al tratamiento. Las pruebas médicas para la preparación al trasplante, el periodo de ingreso en aislamiento, los efectos secundarios a corto plazo (nauseas, vómitos, fatiga, falta de apetito, mucositis, caída del pelo y reacciones de la piel), el riesgo de infecciones y/o hemorragias, los constantes ingresos hospitalarios y tratamientos invasivos provocan sentimientos negativos, asociados en muchas ocasiones al propio fallecimiento. Como señala Mitchell (2007), un 40% de los pacientes que deben someterse a un TPH presentan ansiedad, que es más elevada en el ingreso, disminuye durante el procedimiento y prácticamente desaparece en el seguimiento. Por el contrario, la depresión aumenta a lo largo de la hospitalización. Mitchell (2010) afirma que un 50% de los pacientes presentan reacciones normales que corresponden a la necesidad de adaptación emocional al TPH, el resto presentan trastornos adaptativos y, menos frecuentemente depresión mayor, ansiedad generalizada o trastornos de personalidad.

Si todas estas circunstancias no son manejadas de manera adaptativa y funcional por los pacientes y sus familias, pueden desarrollarse trastornos adaptativos que, lejos de contribuir a la mejora física y emocional del paciente, pueden entrañar obstáculos y consecuencias adversas, como aislamiento social, miedo al rechazo y ansiedad y depresión (Brandão, Cavalcante y De Oliveira, 2004).

Estudios recientes señalan la necesidad de incorporar protocolos de intervención psicooncológica para ayudar a los pacientes que padecen enfermedades oncohematológicas a afrontar el proceso de diagnóstico y tratamiento, en general, y situaciones más específicas como el TPH en particular (Arranz y Coca, 2003; Asensio, 2011; De Linares *et al.*, 2007). La situación derivada del conocimiento de la necesidad de someterse a un tratamiento complejo y difícil, como es el caso del trasplante de progenitores hematopoyéticos, es muy estresante, no sólo por ser una realidad desconocida para la persona, sino, y más importante, porque ponen en riesgo la propia salud y la vida de los pacientes.

En el primer estudio de la Tesis se desarrolla, aplica y valora de un programa de intervención psicooncológica de preparación al trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH). El objetivo general ha sido poner en marcha un programa de intervención psicooncológica de preparación emocional al trasplante, ofreciendo y entrenando al paciente en recursos que ayuden a afrontar el tratamiento y el proceso de trasplante de una forma más adaptativa, con el menor coste emocional posible, verificando los efectos del programa. La repercusión del programa psicológico, se ha valorado en el nivel de información, percepción del estado físico y del estado emocional,

así como en las relaciones con el personal sanitario y la familia. Así mismo, se han medido los niveles de ansiedad y depresión, la calidad de vida y la percepción de salud. Durante la estancia de aislamiento se ha controlado la percepción del paso del tiempo, la actividad, el estado de ánimo y los efectos secundarios (náuseas, vómitos, dolor e insomnio).

Han participado dos grupos de pacientes candidatos a este tipo de tratamiento, uno que recibe un programa de intervención psicooncológica de preparación al trasplante y otro grupo de pacientes que no recibe el programa de intervención psicológica. El programa de preparación consta de cuatro sesiones con contenidos diferentes: análisis y manejo de la información del proceso de trasplante, fomento de habilidades de afrontamiento según las necesidades del paciente, psicoeducación para el manejo del estrés y preparación para el trasplante a nivel familiar.

Los resultados obtenidos señalan que, antes del TPH, los pacientes afirman tener niveles bajos de información del procedimiento y de las consecuencias del trasplante. A pesar de no existir diferencias entre hombres y mujeres, sí que existen si se tiene en cuenta el tipo de trasplante. Los pacientes que deben someterse a un trasplante autólogo, presentan mejor estado de ánimo y manifiestan tener más información sobre el procedimiento, que los pacientes de trasplante alogénico.

Los resultados indican también que el programa de intervención psicológico implementado, aumenta el nivel de información de los pacientes sobre todo el proceso, y mejora la percepción del estado físico y emocional. Además, los niveles de ansiedad y depresión, disminuyen drásticamente en el ingreso al trasplante, en comparación con los niveles iniciales de la entrevista de acogida. Por otra parte la participación en el programa disminuye la ansiedad anticipatoria y los niveles de malestar, aumenta las expectativas sobre el trasplante y las relaciones con el equipo sanitario y, todo ello, permite un afrontamiento más adaptativo al proceso de trasplante.

En lo referente a los niveles de ansiedad, los resultados obtenidos señalan que existe una importante disminución una vez que se ha llevado a cabo el trasplante en todos los pacientes. No obstante, los pacientes del Grupo de Intervención, en comparación con los del Grupo Control, presentan niveles mucho más adaptativos, especialmente en el momento de ingreso y después del trasplante. Con respecto a la sintomatología depresiva, se observa un aumento a lo largo de la hospitalización, relacionada con empeoramiento físico, aunque también tiende a disminuir en el seguimiento. Es interesante comprobar que, los pacientes que no reciben el programa de intervención, presentan niveles de depresión más elevados en la evaluación pre y post-TPH, que se mantienen en el seguimiento.

En la investigación realizada se encuentra que prácticamente todas las variables que recogen el malestar y la sintomatología durante esta fase apuntan en la misma dirección. En aislamiento, el tiempo se percibe más lento, el nivel de actividad disminuye, hay un empeoramiento del estado de ánimo y, un aumento de la sintomatología física (náuseas, dolor e insomnio). Los pacientes que reciben el programa psicooncológico previo al trasplante, en comparación con los del Grupo Control, manifiestan percibir un acortamiento del paso del tiempo, mayores niveles de actividad y un estado de ánimo más positivo y, experimentan menos dolor, náuseas e insomnio. Es decir, a pesar de la sintomatología física, los pacientes del Grupo de Intervención, se adaptan mejor al proceso y lo perciben como menos agresivo. Los datos obtenidos señalan que la percepción del paso del tiempo no está relacionada únicamente con la sintomatología física, sino con el fomento de la actividad, la mejora del estado de ánimo y una menor atención a los síntomas físicos.

Con respecto a la recuperación post-TPH, los pacientes que no reciben el programa de intervención de preparación a trasplante, presentan mayores niveles de malestar y mantienen niveles clínicos de depresión. Es decir, el efecto del programa, no sólo es apreciable en el período de trasplante, sino que también se mantiene en la fase de recuperación.

Los resultados del estudio indican por una parte que la intervención psicológica proporciona a los pacientes y a su entorno, antes de ingresar en trasplante, estrategias que permiten una mejor adaptación a la situación, desarrollando nuevas destrezas y favoreciendo la puesta en marcha de los propios recursos de afrontamiento, de manera que puedan hacer frente a todo el proceso de una forma más adaptativa y por otra que los niveles de información, el estado físico y emocional, las relaciones familiares y sanitarias mejoran. En este sentido se puede observar que los pacientes que participan en el programa presentan, además, una menor sintomatología ansiosa y depresiva durante el aislamiento y, en el período de recuperación. Por último, se observa una disminución en la percepción de sintomatología física, y se mitigan los niveles de malestar emocional durante la fase de aislamiento, influyendo positivamente en la percepción subjetiva del paso del tiempo, nivel de actividad, estado de ánimo y sintomatología física.

A partir de estos resultados, se plantea la mejora del programa de intervención psicooncológica y la valoración de las relaciones entre variables de personalidad y la implantación de progenitores hematopoyéticos. Éste ha sido el objetivo general del segundo estudio de la Tesis, es decir, identificar diferencias individuales relacionadas con el afrontamiento a la enfermedad, que permitan mejorar el protocolo de actuación

psicooncológica de preparación emocional al trasplante, favoreciendo la atención integral de los pacientes onco-hematológicos.

Para ello se amplía el programa de intervención original agregando un módulo de entrenamiento en habilidades de comunicación, comprobando el efecto en los registros de aislamiento, estilo de afrontamiento, niveles ansiedad y depresión, calidad de vida, locus de control de salud, afectividad y supresión emocional. También se lleva a cabo el análisis de la posible influencia del procedimiento de trasplante en diferentes estilos de afrontamiento y variables emocionales de los pacientes. Se evalúa, antes del ingreso a trasplante, habilidades y reacciones adaptativas claves para el éxito en la vida (Pensamiento Constructivo), el estilo de afrontamiento, el locus de control de salud, la afectividad y los niveles de inhibición de expresión emocional. Además, se trata de identificar diferencias individuales que pueden estar relacionadas con el proceso de implantación de progenitores hematopoyéticos en trasplante de médula estudiando la relación entre el Pensamiento Constructivo y los valores del hemograma como indicadores del procedimiento de implantación de progenitores hematopoyéticos.

Se establecen dos grupos, uno que recibe el programa de intervención psicooncológica estándar desarrollado y valorado en el estudio anterior, y otro que recibe un módulo adicional de entrenamiento en habilidades de comunicación. En esta ocasión también se cuenta con la valoración de un grupo de sujetos sanos que cumplimentan los mismos instrumentos de evaluación con un intervalo de tiempo de 100 días, semejante al tiempo transcurrido en los grupos de intervención, controlándose que en el transcurso de estos 100 días no hubiera ocurrido un acontecimiento vital estresante.

Los resultados demuestran que el módulo de entrenamiento en habilidades de comunicación aumenta los beneficios del programa psicológico de preparación al trasplante reduciendo el malestar asociado a la inhibición emocional. Aunque no se encuentran diferencias entre los dos grupos de pacientes en variables como los factores del Cuestionario de Pensamiento Constructivo, los niveles de afectividad o la calidad de vida, si encontramos cambios en la variable Supresión Emocional. Por un lado, todos los pacientes presentan una disminución a lo largo del tiempo en las tres dimensiones de supresión (enfado, preocupación y tristeza), pero son los pacientes que se entrenan en habilidades de comunicación, los que presentan un cambio más adaptativo. Además, el entrenamiento en habilidades de expresión emocional también produce cambios en el estilo de afrontamiento de la enfermedad, aumentando el espíritu de lucha, y en el locus de control de salud, de manera que se reduce la percepción de que no hay nada que se pueda hacer para mejorar el estado de salud física.

A la cuestión de si tras el trasplante se producen cambios en alguno de los factores que se recogen los datos señalan que con respecto al Pensamiento Constructivo, no se observan cambios tras el trasplante, pero sí aparecen cambios, en comparación con personas sanas, en los niveles de Intolerancia. Con respecto al locus de control de la salud, aparece un patrón diferente para los pacientes cuando se comparan con el Grupo Control de personas sanas. Los pacientes aumentan la expectativa de que sus conductas o sus propias características personales influyen en su propio destino, haciendo que se sientan más implicados, y comportándose ante la situación de forma más activa. Además se observa que los pacientes, en comparación con el Grupo Control Sanos, presentan un aumento en la afectividad negativa al finalizar el tratamiento, así como una disminución en los niveles de inhibición emocional para los tres factores recogidos: preocupación, tristeza y enfado.

Con respecto a la identificación de diferencias individuales que puedan influir en el proceso de implantación de progenitores hematopoyéticos, los resultados no permiten extraer relaciones concluyentes, pero muestran algunas relaciones entre las variables indicadoras del curso del trasplante (niveles de Leucocitos, Hemoglobina y Plaquetas) y las variables predictoras o dimensiones globales del CTI en momentos concretos del trascurso del trasplante. En concreto, el Pensamiento Supersticioso y el Esotérico se relacionan negativamente con el trascurso del trasplante, y con el retraso del tiempo de implantación de progenitores hematopoyéticos. Por otro lado, la Ilusión se relaciona de forma positiva con el trascurso del trasplante, y con la disminución del tiempo de implantación de progenitores hematopoyéticos.

Por otro lado encontramos con respecto a la serie plaquetar y al nivel de hemoglobina, la Eficacia, se relaciona de forma positiva con los niveles de Hemoglobina y Plaquetas. Es decir, la eficacia se asocia positivamente al trascurso del trasplante, y a la facilitación de la implantación de progenitores hematopoyéticos.

En resumen, los resultados demuestran que el módulo de entrenamiento en habilidades de comunicación aumenta los beneficios del programa psicológico de preparación al trasplante reduciendo el malestar asociado a la inhibición emocional. El entrenamiento en habilidades de comunicación mejora el protocolo de actuación de preparación a TPH reduciendo una de las características fundamentales que pueden relacionarse con una peor adaptación al procedimiento de trasplante, la supresión emocional. Por otra parte, el proceso de TPH conlleva cambios físicos y emocionales que repercuten negativamente en el bienestar de los pacientes, especialmente durante la estancia de aislamiento: aumento de la afectividad negativa y del malestar emocional, aumento de la sintomatología física y de la percepción subjetiva del paso del tiempo y, disminución de la percepción de calidad de vida y de los niveles de actividad. No

obstante, a lo largo del proceso también se observan cambios que señalan la movilización de estrategias de afrontamiento adaptativas: menor intolerancia, un aumento del locus de control interno relativo a la salud, mantenimiento de los niveles de afectividad positiva y una disminución de la inhibición emocional. Existen relaciones entre las diferencias individuales y el proceso de implantación de progenitores hematopoyéticos en trasplante de médula. En general, el pensamiento supersticioso y el esotérico se relacionan negativamente con las variables del hemograma y el tiempo de implantación y, por el contrario, la ilusión y la eficacia se relacionan de manera positiva.

El trasplante ha permitido aumentar la supervivencia y mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades oncohematológicas, pero también constituye un proceso que requiere la puesta en marcha de muchos recursos por parte de los pacientes y afrontar situaciones de gran incertidumbre, para así evitar el desarrollo de trastornos adaptativos. Son muchos los autores (Andersen *et al.*, 2008, Arranz *et al.*, 2003, Bayés *et al.*, 1996, Bellve y Moreno, 2009, Cruzado, 2010, De Linares *et al.* 2007, Infante *et al.*, 2013) que afirman la necesidad de una intervención psicooncológica para ayudar a los pacientes con cáncer a afrontar las nuevas situaciones. También se insiste en que una adecuada y temprana detección de los problemas de los pacientes aumentaría el grado de adherencia terapéutica y dotaría a los pacientes de estrategias de afrontamiento y de cambio, para mejorar su evolución clínica y la calidad de sus vidas (Prieto *et al.*, 2005).

La intervención psicológica se muestra como uno de los recursos para mejorar la adaptación del paciente a la enfermedad y su tratamiento, y para desarrollar y potenciar recursos y estrategias que favorezcan la adherencia al tratamiento. Ahora bien es importante señalar que, por una parte una intervención psicológica no se improvisa y por otra, no cualquier tipo de intervención es adecuada ni tampoco cualquier tipo de formación del profesional lo es. Se ha de buscar la intervención que muestre mayor eficacia para la población clínica de estudio y sobre todo qué módulos debe de incluir y de la misma manera se ha de buscar un profesional que tenga la formación específica en la problemática que genera el campo de la enfermedad oncohematológica en todas sus vertientes. Respecto a la primera cuestión, se ha planteado que una intervención psicológica debe estar encaminada a reforzar y aumentar la sensación de control del paciente, y dotarlo de un mayor autocontrol y resolución de problemas, adecuar los mecanismos de ajuste psicológico y promover los estilos de afrontamiento adecuados a tres niveles: cognitivo, emocional y conductual, para poder hacer frente a todo el proceso de forma adaptativa (Pulgar-Buendía, 2011). En definitiva, mejorar la calidad de vida del paciente y la familia a lo largo de todo el proceso (Bellver y Moreno, 2009). Respecto a la segunda cuestión no cabe duda de que cualquier intervención que se

plantee no puede ignorar el campo de desarrollo de la Psicooncología y por tanto los profesionales con formación específica en este campo. La intervención psicooncológica de preparación a TPH tiene como objetivo fundamental la adaptación de los pacientes a la situación, previniendo el desarrollo de trastornos psicológicos. A través de ella se atienden las necesidades de los pacientes, reduciendo el malestar asociado a este proceso, contribuyendo a la calidad de vida. El programa de intervención psicológica para el TPH, ayuda a los pacientes a afrontar este proceso de una manera más adaptativa y disminuye los efectos negativos derivados de los efectos secundarios de la intervención.

Por todo ello, la figura del psicooncólogo cobra relevancia, como una pieza más, dentro del engranaje del quipo de profesionales de la oncohematología, con el propósito de garantizar una asistencia integral al enfermo. El rol del psicooncólogo se orienta a conseguir una adecuada adherencia al tratamiento, a través de una reducción de los niveles de ansiedad y/o depresión, un afrontamiento activo y una mejor relación con el personal sanitario, además de jugar un papel de enlace entre el paciente y los profesionales de salud, captando, comunicando y solucionando problemas que mejoren dicha relación.

Como se ha señalado a lo largo de esta Tesis la salud y la enfermedad están determinadas por diversas variables que hacen complejo entender y explicar diferentes interacciones. Por ello algunas de las limitaciones de este estudio están relacionadas con dicha complejidad. La heterogeneidad de la muestra analizada respecto a las tres patologías de base (leucemias, linfomas y mieloma múltiple), puede haber influido en los resultados. Se debe resaltar de nuevo que el objeto de estudio es el procedimiento de trasplante. El control metodológico de algunas variables debido a la dinámica hospitalaria, ha hecho difícil la igualación de los grupos para la comprobación de algunos de nuestros objetivos, sobre todo en el Estudio I. Aunque, en el Estudio II la inclusión del programa de intervención en la unidad facilitaba la asignación aleatoria de los pacientes a los grupos de investigación, ésta, no obstante, interfiere en el diseño y la metodología ideal para un estudio de estas características, ya que no ha sido posible contar con una evaluación previa, debido a la mecánica del protocolo de preparación a trasplante.

Se ha procurado mantener el rigor metodológico en todas las fases aunque el objetivo prioritario ha sido la eficacia clínica. Es necesario que futuros estudios traten de subsanar dicha dificultad, respetando, no obstante, la complejidad del protocolo de intervención. Otra de las limitaciones está relacionada con el número reducido de participantes y la progresiva disminución de la muestra, en las distintas fases de evaluación del Estudio I. La disminución de pacientes es algo inevitable, aunque es

necesario ampliar la muestra para poder comprobar si los efectos del programa se mantienen a medio y largo plazo.

En general los resultados ponen de manifiesto la eficacia del programa de preparación psicooncológica a TPH, abriendo futuras líneas de trabajo. Una de estas líneas estaría relacionada con la valoración psicológica adaptada a estos pacientes, para optimizar el seguimiento y apoyo psicológico. Otra de las líneas trataría de comprobar, a largo plazo, el efecto del trasplante en los supervivientes al mismo. La presente Tesis muestra la necesidad de explorar las relaciones entre otras variables que no han sido incluidas como otras características de personalidad directamente relacionadas con modelos biológicos, como por ejemplo, el Modelo Temperamental de Cloninger (Cloninger *et al.*, 1993). Por último, se podrían incluir en el programa de preparación técnicas grupales que ayuden a los pacientes a afrontar el proceso a través de la interacción de otras personas que hayan pasado por la misma situación.

Para terminar se exponen las conclusiones finales derivadas de los dos estudios que conforman este trabajo de Tesis:

1. El programa psicológico previo al TPH ayuda a los pacientes a afrontar dicho proceso de una manera más adaptativa durante la situación de aislamiento, y durante el período de recuperación posterior al trasplante.

2. El período de aislamiento necesario en TPH genera gran malestar para todos los pacientes, repercutiendo negativamente en el bienestar de los pacientes, aumentando la afectividad negativa y la percepción del paso del tiempo, y disminuyendo la calidad de vida y los niveles de actividad.

3. El procedimiento de TPH moviliza estrategias de afrontamiento adaptativas: menor intolerancia, un aumento del locus de control interno, mantenimiento de los niveles de afectividad positiva y una disminución de la inhibición emocional.

4. Los niveles de información sobre el TPH, el estado físico y emocional, las relaciones familiares y sanitarias, mejoran significativamente como consecuencia del programa de intervención psicológica.

5. El programa de intervención pre-TPH consigue disminuir tanto la percepción de sintomatología física, como mitigar los niveles de malestar emocional durante la fase de aislamiento, influyendo positivamente en la percepción subjetiva del paso del tiempo, nivel de actividad, estado de ánimo, náuseas, dolor e insomnio.

6. Los pacientes que participan en el programa presentan una menor sintomatología ansiosa y depresiva, durante el aislamiento y, en el período de recuperación.

7. La percepción de salud y calidad de vida, mejora significativamente en los pacientes que reciben el programa de intervención psicológica, manteniendo la mejoría tras el trasplante.

8. El entrenamiento en habilidades de comunicación contribuye a reducir la inhibición emocional y la percepción de azar, contribuyendo al aumento el espíritu de lucha en el afrontamiento con la enfermedad.

9. El pensamiento supersticioso y el esotérico se relacionan negativamente con las variables del hemograma y el tiempo de implantación y, por el contrario, la ilusión y la eficacia se relacionan de manera positiva.

10. Los programas psicooncológicos de preparación atendiendo las necesidades de los pacientes, reducen el malestar asociado a este proceso y, en definitiva, contribuyen a su calidad de vida.

## **BIBLIOGRAFÍA**

---



- Albee, G.W. (1980). A competency model to replace the defect model. En: Gibbs M.S., Lachenmeyer J.R. y Sigal, J., (Eds.), *Community Psychology* (pp.213-38). New York, NY: Gardner Press.
- Anarte, M., Machado, A., Ruiz de Adana, M. y Caballero, F. (2010). Ansiedad, depresión y otras variables en pacientes con diabetes mellitus tipo 1. *Ansiedad y estrés*, 16(1), 13-31.
- Andersen, B.L., Farrar, W. B., Golden-Kreutz, D., Emery, C.F., Glaser, R., Crespin, T. *et al.* (2007). Distress reduction from a psychological intervention contributes to improved health for cancer patients. *Brain, Behavior and Immunity*, 21, 953-961.
- Andersen, B.L., Yang, H.C., Farrar, W.B., Golden-Kreutz, D.M., Emery, C.F., Thornton, L.M. *et al.* (2008). Psychological intervention improves survival for breast cancer patients: A randomized clinical trial. *Cancer*, 113, 3450-3458.
- Andersen, B., Farrar, W., Golden-Kreutz, D., Glaser, R., Emery, C., Crespin, T. *et al.* (2004). Psychological, behavioral, and immune changes after a psychological intervention: a clinical trial. *Journal of Clinical Oncology*, 22(17), 3570-3580.
- Andreu, Y. (1998). Algunas consideraciones conceptuales y metodológicas en la investigación sobre el patrón de la conducta *tipo c*. *Análise psicológica*, 4 (16), 569-579. Recuperado el 08 de Abril de 2010 de la base de datos Scielo Colombia.
- Andrykowski, M.A., Bishop, M.M., Hahn, E.A., Cella, D.F., Beaumont, M.J., Horowitz, M.M., *et al.* (2005). Long-term health-related quality of life, growth, and spiritual well-being after hematopoietic stem-cell transplantation. *Journal of Clinical Oncology*. 23(3), 99-608.
- Arranz, P., Coca C., Bayés, R. y Rincón, C. (2003). Intervención psicológica en pacientes que deben someterse a un trasplante de médula ósea. *Psicooncología*, 0 (1), 93-105.
- Arranz, P. y Coca, C. (2003). Intervención psicológica en un servicio de Hematología. En: Remor, E., Arranz ,P. y Ulla, C. *El psicólogo en el ámbito hospitalario*, (pp. 641-678). Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Arrarás, J.I., Illaramendi, J.J. y Valerdi, J.J. (1995). El cuestionario de calidad de vida para cáncer de la EORTC, QLQC-30. Estudio estadístico de validación con una muestra española. *Revista de Psicología de la Salud*, 7, 13-31.
- Arrarás, J.I. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud en los servicios de Oncología del Hospital de Navarra: Grupo de Calidad de Vida de la EORTC. *Anales Sistema de Sanidad de Navarra* [online]. 34(1), 9-20
- Arrarás, J., Wright, S., Jusue, G., Tejedor, M. y Calvo, J. (2002). Coping style, locus of control, psychological distress and pain-related behaviours in cancer and other diseases. *Psychology, Health and Medicine*, 7(2), 181-187.  
doi: 10.1080/13548500120116139.
- Arenas, M., Moreno, E., Reig, A., Millán, I., Egea, J., Amoedo, M., Gil, M. y Sirvent, A. (2004). Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud mediante las láminas Coop-Wonca en una población de hemodiálisis. *Nefrología*, 24(5), 470-479
- Ascencio, L. (2011) Evaluación psicológica para protocolo de trasplante de células hematopoyéticas en adolescentes. *Psicología y Salud*, 21(2), 253-263.
- Baider, L., Ever-Hadani P., Goldzweig, G, Wygoda, R. y Peretz, T. (2003). Is perceived family support a relevant variable in psychological distress? A sample of prostate and breast cancer couples. *Journal Psychosomatic*, 55, 453-60.

- Baker, K.S., Gurney, J.G. y Ness, K.K. (2004). Late effects in survivors of chronic myeloid leukemia treated with hematopoietic cell transplantation: results from the bone marrow transplantation survivor study. *Blood*, 104(6), 1898-906.
- Barreto, P., Díaz, J., Pintado, S., De la Torre, O., Llácer, L., Diego, R. *et al.* (2011). Relación entre la comunicación de la enfermedad y el bienestar emocional en pacientes con glioblastoma multiforme y cáncer de mama. *Situación actual de la Psicología Clínica*, 190-192.
- Barrioihet, S., Forjaz, M. y Garrido, E. (2005). Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33, 390-397.
- Bastos, C. y Flores, A. (2011). Intervención psicológica en personas con cáncer. *Clínica Contemporánea*, 2 (2), 187-207.
- Bayés, R., Arranz, P., Barbero, J. y Barreto, P. (1996). Propuesta de un modelo integral para una intervención terapéutica paliativa. En: González-Barón, M. (Ed.). *Medicina Paliativa*, 3, 14-26.
- Bayés, R. (2000a). El punto de vista del paciente en la práctica clínica hospitalaria. *Medicina Clínica*, 115, 141-154.
- Bayés, R. (2000b). Los tiempos de espera en medicina. *Medicina Clínica*, 114, 464-467.
- Bayés, R. (2001). Psicología del sufrimiento y de la muerte. Barcelona: Martínez Roca.
- Bayés, R. (2002a). Después de muchos años: los tiempos de espera en oncología. *Psicooncología*, 0 (1), 147-149.
- Bayés, R. (2002b). Tiempo y enfermedad. *Estudios de Psicología*, 23 (1), 101-110.
- Bayés, R., Limonero, J.T., Barreto, P. y Comas, M.D. (2001). Protocolo de una investigación multicéntrica sobre aspectos emocionales en enfermos en situación terminal. *Medicina Paliativa*, 8 (2), 71-9.
- Bellve, A. y Moreno, P. (2009). Riesgos psicosociales e intervención psicológica en los pacientes trasplantados de médula ósea. *Psicooncología*. 6 (1), 65-81.
- Bermúdez, J. (2003a). Personalidad, procesos psicológicos y conductas de salud. En Bermúdez, J., Pérez-García, A.M. y Sanjuán, P. (Eds.). *Psicología de la Personalidad*. Tomo II, cap.15 (pp. 109-142). Madrid: UNED.
- Bermúdez, J., Álvarez, I. y Sánchez, A. (2003b). Análisis de la relación de la inteligencia emocional, estabilidad emocional y bienestar psicológico. *Universitas Psychological*, 2(1), 27-2.
- Bettencourt, B., Talley, A., Molix, L., Schlegel, R. y Westgate, S. (2008). Rural and urban breast cancer patients: health locus of control and psychological adjustment. *Psycho-Oncology*, 17(9), 932-939. doi: 10.1002/pon.1315.
- Bjelland, I., Dahl, A.A., Haug, T.T. y Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: an updated review. *Journal Psychosomatic*, 52 (2), 69-77. Doi: 10.1016/S0022-3999(01)00296-3.
- Brandão, A.L., Cavalcante, M.V. y De Oliveira, M.V. (2004). Trasplante renal. Abordando los adolescentes a través de la teoría de Roy. *Revista Internacional para el Cuidado del Paciente Crítico*, 4, 29-36.
- Brenlla, M. y Vázquez, N. (2010). Análisis Psicométrico de la adaptación argentina de la escala de Locus de Control de Rotter. Universidad Católica Argentina, Documento de Trabajo N°2. Disponible en: <http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo68/files/Documento de Trabajo Locus de Control.pdf>.
- Browning, K.K., Wewers, M.E., Ferketich, A.K., Otterson, G.A. y Reynolds, N.R. (2009). The self-regulation model of illness applied to smoking behaviour in lung cancer. *Cancer Nurse*, 32 (4), 15-22.

- Campion, E.W. (2001). A symptom of discontent. *New England Journal Medicine*, 344, 223-225.
- Capuron, L. y Dantzer, R. (2003). Cytokines and depression: The need for a new paradigm. *Brain, Behavior and Immunity*, 7, 119-124.
- Carbelo, B. y Jáuregui, E. (2006). Emociones Positivas: Humor Positivo. *Papeles del Psicólogo*, 27(1): 18-30.
- Cardenal, M.C., Rodríguez, A., Cruzado, J.A., González, A., González, M.J. y Roa, A. (2008). Ansiedad, depresión y calidad de vida durante las fases de cribado mamográfico en mujeres de la Comunidad de Madrid. *Psicooncología*, 5 (1), 129-146.
- Cardenal, V., Cerezo, M.V., Martínez, J., Ortiz-Tallo, M. y Blanca, M.J. (2012). Personality, emotions and coping styles: Predictive value for the evolution of cancer patients. *Spanish Journal of Psychology*. 15(2), 756-767.
- Carreras, E., Brunet, S., Ortega, J.J., Monserray, E., Sierra, J. y Urbano-Ispizua, A. (2006). *Manual de Trasplante Hemopoyético*. Barcelona: Antares.
- Carroll, B.T., Kathol, R.G. y Noyes, R.J.(1993). Screening for depression and anxiety in cancer patients using the Hospital Anxiety and Depression Scale. *General Hospital Psychiatry*, 15(2), 69-74.
- Carver, C., Smith, R., Antoni, M., Petronis, V., Weiss, S. y Derhagopian R. (2005). Optimistic personality and psychosocial well-being during treatment predict psychosocial well-being among long-term survivors of breast cancer. *Health Psychology*, 24 (5), 508–516.
- Chang, G., Orav, E.J., Tong, M.Y. y Antin, J.H. (2004). Predictors of one year survival assessed at the time of bone marrow transplantation. *Psychosomatics*, 45(5), 378-85.
- Charlot-Lambrecht, I., Salmon, J.H., Gagneux-Lemoussu, L., Brochot, P., y Eschard, J.P. (2012). Mieloma múltiple. *EMC-Aparato Locomotor*, 45(1), 1-13.
- Cloninger, C.R., Svarakic, D.M. y Przybeck, T.R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975-990.
- Cohen, M. (2013). The Association of Cancer Patients' Emotional Suppression and Their Self-Rating of Psychological Distress on Short Screening Tools. *Behavioral Medicine*, 39(2), 29-35.
- Contrada, R.J. y Guyll, M. (2001). On who gets sick and why: The role of personality and stress. En: A., Baum, T. A., Revenson y J. E., Singer, (Eds.). *Handbook of Health Psychology*. (pp: 59-84) Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Contreras, G.O., Chávez, B.M., y Velázquez, O.M. (2006). Cualidades psicométricas del Cuestionario de Pensamiento Constructivo para Estudiantes Universitarios. *Revista de la Sociedad de Egresados de la Facultad de Psicología*, 9(1-2), 13-22.
- Contreras, F., Espinosa, J. y Esguerra, G. (2008). Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Psicología y salud*, 18(2), 165-179.
- Costa, G. y Gil, F. (2009). The Mental Adjustment to Cancer Scale: A psychometric analysis in Spanish cancer patients. *Psycho-Oncology*, 18, 984-991. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.1466>.

- Costa, G., Pérez, X., Salamero, M. y Gil, F.L. (2009). Discriminación del malestar emocional en pacientes oncológicos utilizando la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS). *Ansiedad y Estrés*, 15, 217-229.
- Costanzo, E., Ryff, C. y Singer, B. (2009). Psychological adjustment among cancer survivors: findings from a national survey of health and well-being. *Health Psychology*, 28 (2), 147-156.
- Cross, M., March, L., Lapsley, H., Byrne, E. y Brooks, P. (2006). Patient self-efficacy and health locus of control: relationships with health status and arthritis-related expenditure. *Rheumatology*, 45(1), 92-96. doi: 10.1093/rheumatology/kei114.
- Cruzado, J.A. (2003). La formación en psicooncología. *Psicooncología*. Vol. 0, Num. 1, pp. 9-19
- Cruzado, J.A. (2010). Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer. Madrid: Síntesis.
- Cruzado. (2012). Screening del malestar emocional en pacientes de cáncer y sus familiares. *Psicooncología*, 9(2-3), 231-232.
- Cukor, D., Cohen, S., Peterson, R. y Kimmel, P. (2007). Psychosocial aspects of chronic kidney disease: ERSD as a paradigmatic illness. *Journal American Society of Nephrology*, 18(12), 3042-3055. doi: 10.1681/ASN.2007030345
- Davey, H.M., Barratt, A.L., Butow, P.N. y Deeks, J.J. (2007). A one-item question with a Likert or Visual Analog Scale adequately measured current anxiety. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60, 356-360.
- 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.
- De Toledo, J.S., y Álvarez, C.S. (2012). Linfomas de Hodgkin y no Hodgkin. *Pediatría Integral*, 463.
- Díaz, J.L. (2010). *Relación entre el bienestar emocional y el proceso de comunicación de malas noticias y toma de decisiones en personas diagnosticadas de glioblastoma multiforme*. Tesis Doctoral, Universidad de Valencia.
- Dresch, V., Sánchez-López, M. y Aparicio, M. (2008). Personality styles that either protect or make individual's health more vulnerable in a Portuguese sample. *Social behavior and personality*, 36 (10), 1411-1422.
- Dunleavy, K. y Wilson, W.H. (2009). Diagnosis and treatment of non-Hodgkin lymphoma (aggressive). In: Hoffman, R., Benz, E.J., Shattil, S.J., Furie, B., Cohen, H.J., Silberstein, L.E. y McGlave, P. Eds. *Hematology: Basic Principles and Practice*. 5<sup>th</sup> ed. (pp: 1293-1302) Philadelphia, Pa: Elsevier.
- Durie, B.G., Harousseau, J. L., Miguel, J.S., Bladé, J. y Barlogie, B. (2006). International Myeloma Working Group. International uniform response criteria for multiple myeloma. *Leukemia*, 20(9), 1467-73.
- Duro, C., De Miguel, E., Morillo, A., Noguera, B., Núñez, P. y Ruiz, D. (2012). Discurso de los profesionales de cuidados paliativos de la Comunidad de Madrid sobre la atención psicológica. *Psicooncología*, 9(2-3), 467-482.
- Edna, L., Contreras-Gutiérrez, O. y Tron-Álvarez, R. (2011). Ansiedad y pensamiento constructivo en estudiantes universitarios. Anxiety and constructive thinking in university students. *Journal of Behavior, Health and Social Issues*, 3 (1), 43-56. doi:10.5460/jbhsi.v3.1.27697.

- Enskar, K. y Von Essen, L. (2007). Prevalence of aspects of distress, coping, support and care among adolescents and young adults undergoing and being off cancer treatment. *European Journal of Oncology Nursing*, 11, 400-408.
- Epstein, S. (2001). *Inventario de pensamiento constructivo*. Madrid: TEA Ediciones, S. A.
- Epstein, S. (2003). *Manual de Inventario de Pensamiento Constructivo-CTI*. Madrid: Tea Ediciones.
- Farah, C.S., Rodríguez, A.A. y Sosa, C.M. (2009). Desarrollo de la inteligencia emocional en niños hospitalizados por situación oncológica, *Revista científica electrónica de psicología*, 5, 95-114.
- Fernández, S., Martín, A., Barbas, M., González, M., Alonso, M. y Ortega, M. (2005). Accesos vasculares y calidad de vida en la enfermedad crónica renal terminal. *Angiología*, 57(2), 185-198.
- Fischer, D. y Wedel, B. (2012). Anxiety and depression disorders in cancer patients: incidence, diagnosis and therapy. *Magazine of European Medical Oncology*, 5, 52-54.
- Fraisse, P. (1984). Perception and estimation of time. *Annual Review of Psychology*, 35, 1-36.
- Gaborit, M. (2006). Desastres y trauma psicológico. *Pensamiento Psicológico*, 2, 15-39.
- Gambara, H., Botella, J. y Gemp, R. (2002). Tiempo vacío y tiempo lleno. Un meta-análisis sobre los cambios en la percepción del tiempo en la edad. *Estudios de Psicología*, 23 (1), 87-100.
- García-Viniegras, C. R. V. y González, M. (2007). Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Av Psic Latin (Bogotá)*, 25, 72-80.
- Gercovich, D., Torrente, F., López, P., Bortolato, D., Margiolakis, P. y Morgenfeld, M. (2009). Evaluación de propiedades psicométricas de la escala de ansiedad y depresión hospitalaria en pacientes oncológicos de Buenos Aires. *Acta Psiquiatría Psicología America Latina*, 55 (2), 84-91,
- Gercovich, P.L., López, D., Margiolakis, P., Morgenfeld, M., Rosell, I. y Gil, E. (2012). Rol del distrés psicológico en la relación entre percepción de enfermedad y calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología*, 9(2-3), 403-414.
- Gil, F., Costa, G., Pérez, F. J., Salamero, M., Sánchez, N. y Sirgo, A. (2007). Adaptación psicológica y prevalencia de trastornos mentales en pacientes con cáncer. *Medicina Clínica*, 10, 1-3.
- Gómez, M. y Rodas-Díaz, A.C. (2012). Enfermedad injerto contra huésped. *Revista Científica Dermatología*, 21(3).
- Gómez, C., Pinto, A. y González, M. (2006). Tratamiento paliativo de los pacientes en fase terminal en el hospital. *Revisiones en Cáncer*, 20, 61-75.
- Grassi, L., Travado, L., Gil, F., Sabato, S., Rossi, E. y el grupo SEPOS. (2004). Psychosocial morbidity and its correlates in cancer patients of the Mediterranean area: findings from the Southern European Psycho-Oncology Study. *Journal of Affective Disorders*, 83, 243-248.
- Hagger, M. S. y Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology Health*, 18, 141-184.  
doi: 10.1080/088704403100081321
- Hegel, M.T., Moore, C.P., Collins, E.D., Kearing, S., Gillock, K.L., Riggs, R.L. y Ahles, T.A. (2006). Distress, psychiatric syndromes, and impairment of function in women with newly diagnosed breast cancer. *Cancer*, 107, 2924-2931.

- Henselmans, I., Helgeson, V.S., Seltman, H., Vries, J., Sanderman, R. y Ranchor, A.V. (2010). Identification and prediction of distress trajectories in the first year after a breast cancer diagnosis. *Health Psychology*, 29, 160–168.
- Hernández, M., Cruzado, J.A. y Arana, Z. (2007). Problemas psicológicos en pacientes con cáncer: dificultades de detección y derivación al psicooncólogo. *Psicooncología*, 4, 179-191.
- Hernández, M., Cruzado, J.A., Prado, M.C., Rodríguez, E., Hernández, C.I., González, M.A. y Martín, J.C. (2013). Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 9, 233-257.
- Holland, J.C. (2003): Psychological Care of Patients: Psycho-Oncology's Contribution. *Journal of Clinical Oncology*, 21 (23), 253-265.
- Hoyer, J. (2000). Optimismus und Gesundheit: Überblick, Kritik und Forschungsperspektiven. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 8 (3), 111-122.
- Ibáñez, E. y Soriano, J. (2008). Intervención psicológica en enfermos de cáncer: planteamientos del presente, deseos del futuro. *Análisis y Modificación de Conducta*, 34(150-151), 259-289
- Infante, T.D. J. M., Santes, F.R., y Garcés, J.R. (2013). Intervención psicológica para incrementar la autoestima en niños con cáncer terminal. *Revista Científico Electrónica de Psicología*, (11).
- Irwin, M.R. (2008) Human psychoneuroimmunology: 20 years of discovery. *Brain Behave Immunology*, 22:129-139.
- Irwin, M.R, y Miller, A.H. (2007). Depressive disorders and immunity: 20 years of progress and discovery. *Brain Behav Immunology*, 21, 374-383
- Jacobsen, P.B., Sadler, I.J., Booth-Jones, M., Soety, E., Weitzner, M.A. y Fields, K.K. (2002). Predictors of posttraumatic stress disorder symptomatology following bone marrow transplantation for cancer. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 70(1), 235-240.
- Karademas, E., Karvelis, S. y Argyropoulou, K. (2007). Short communication: stress - related predictors of optimism in breast cancer survivors. *Stress and Health*, 23, 161–168.
- Kiss, T.L., Abdollel, M., Jamal, N. y Minden, M.D. (2002). Long-term medical outcomes and quality-of-life assessment of patients with chronic myeloid leukemia followed at least 10 years after allogeneic bone marrow transplantation. *Journal Clinical Oncology*, 20(9), 2334-2343.
- Larsen, R.J. y Buss, D.M. (2005). Estrés, afrontamiento, adaptación y salud. En Larsen, R.J. y Buss, D.M. *Psicología de la personalidad* (cap. 18, pp. 566-601). México: McGraw-Hill.
- Lemieux, J., Maunsell, E. y Provencher, L. (2008). Chemotherapy-induced alopecia and effects on quality of life among women with breast cancer: a literature review. *Psychooncology*, 17, 317–328.
- León, C., Jovell, E., Mirapeix, R., Arcusa, A. y Blasco, T. (2012). Factores predictores de solicitud de ayuda psicológica en los meses inmediatos al diagnóstico oncológico. *Psicooncología*, 9(2-3), 289-298
- Lepore, S., Glaser, D. y Roberts, K. (2008). On the positive relation between received social support and negative affect: a test of the triage and self-esteem threat models in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 17, 1210–1215.

- Levin, T.T. y Alici, Y. (2010). Anxiety disorders. En Holland, J.C., Breitbart, W. y Jacobsen, P. (Eds.). *Psycho-Oncology* (pp. 324-331). New York – Oxford: Oxford University Press.
- Libralli, C., Okino, N. y Lício, J. (2011). Evaluación de calidad de vida relacionada a la salud de pacientes sometidos a trasplante de células madre hematopoyéticas. *Revista Latino-America*, 19(6), 86-109.
- Lopes, A., Bragg, J., Goodkin, D., Fukuhara, S., Mapes, D., Young, E., et al. (2007). Factors associated with health-related quality of life among hemodialysis patients in the DOPPS. *Quality of life research*, 16(4), 545-557. doi:10.1007/s11136-006-9143-7
- Macarulla, T., Ramos, F. y Taberero, J. (2009). Introducción. En Macarulla, T., Ramos, F., y Taberero, J. (Eds.), *Comprender el Cáncer* (pp. 7-10). Barcelona: Amat.
- Massie, M.J. (2004). Prevalence of depression in patients with cancer. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 32, 57-71.
- Massie, M.J., Lloyd-Williams, M., Irving, G. y Miller, K. (2010). The prevalence of depression in people with cancer. En: Kissane, D., Maj, M. y Sartorius, N. (Eds.). *Depression and Cancer* (pp. 1-36). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Maté, J., Hollenstein, M.F. y Gil, F.L. (2004). Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología*, 1(2-3), 211-230.
- Matsunaga, M., Isowa, I., Kimura, K., Miyakoshi, M., Kanayama, N., Murakami, H., et al. (2008). Associations among central nervous, endocrine, and immune activities when positive emotions are elicited by looking at a favorite person. *Brain Behav Immunology*, 22, 408- 417.
- Mitchell, A. (2010). Short detection tools for cancer-related distress: a review and diagnostic validity meta-analysis. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 8, 487–494.
- Mitchell, A.J. (2007). Pooled results from 38 analyses of the accuracy of distress thermometer and other ultra-short methods of detecting cancer-related mood disorder. *Journal of Clinical Oncology*, 25, 4670-4681.
- Mitchell, A. J. y Coyne, J. C. (2007). Do ultra-short screening instruments accurately detect depression in primary care?: a pooled analysis and meta-analysis of 22 studies. *The British Journal of General Practice*, 57, 144–151.
- Mitchell, A.J., Kaar, S., Coggan, C. y Herdman, J. (2008). Acceptability of common screening methods used to detect distress and related mood disorders: preferences of cancer specialists and non-specialists. *Psycho-Oncology*, 17, 226–236.
- Mitchell, A.W. y Carlson, L.E. (2012). Implementing a screening programme for distress in cancer settings: Science and practice. *Psicooncología*, 9(2-3), 259-276.
- Montoya, J.R., Schmidt, R.J., García, M.P., Guardia, P., Cabezas, J.L. y Cruz, F. (2010). Influencia de la comunicación del diagnóstico y el pronóstico en el sufrimiento del enfermo terminal. *Medicina paliativa*, 17(1), 24-30.
- Moorey, S. y Greer, S. (1989). Psychological therapy for patients with cancer: *A New Approach*. London: Heinemann Medical Books.
- Morowatisharifabad, M., Mahmoodabad, S., Baghianimoghadam, M. y Tonekaboni, N. (2010). Relationships between locus of control and adherence to diabetes regimen in a sample of Iranians. *International Journal of Diabetes in Developing Countries*, 30(1), 27-32, doi: 10.4103/0973-3930.60009

- Moscoso, M.S., y Knapp, M. (2012). La necesidad de evaluar distrés emocional en psico-oncología: ciencia o ficción? *Revista de Psicología*, 28(2), 283-307.
- Moscoso, M.S., Lengacher, C.A. y Reheiser, E.C. (2012). La evaluación del malestar emocional percibido: la faceta desatendida de la atención del cáncer. *Psicooncología*, 9(2-3), 277-288.
- Moscoso, M.S. y Knapp, M. (2010). La necesidad de evaluar distrés emocional en psico-oncología. *Revista de psicología*, 28(2), 285-309.
- Moshki, M., Ghofranipour, F., Hajizadeh, E. y Azadfallah, P. (2007). Validity and reliability of the multidimensional health locus of control scale for college students. *BMC Public Health*, 7, 295-300 doi: 10.1186/1471-2458-7-295.
- Muñoz, R., Oto, A., Barrio, R., y Fernández, M. (2006). Evolución de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis: Estudio prospectivo a un año. *Revista Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 9(1), 55-58. doi: 10.4321/S1139-13752006000100005
- Narváez, A., Rubiños, C, Cortés-Fuentes F., Gómez R. y García A. (2008). Valoración de la eficacia de una terapia grupal cognitivo-conductual en la imagen corporal, autoestima, sexualidad y malestar emocional (ansiedad y depresión) en pacientes de cáncer de mama. *Psicooncología*, 5 (1), 93-102.
- National Cancer Institute. (2009). Adaptación normal, alteración psico-social y trastornos de adaptación. Recuperado de <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-edicosapoyo/adaptacion/Health/Professional/page2>
- Neipp, M.C., Lopez-Roig, S., Teroi, M.C. y Pastor-Mira, M.A. (2008). Afrontamiento y adaptación de pacientes con cáncer de mama en la etapa de seguimiento. *Ansiedad y Estrés*, 14, 115-126.
- Olmos, J.G., Cebollero, M.P., Blanxart, M.F. y Serrano, M.H. (2007). Análisis de las aportaciones y limitaciones derivadas de la utilización de los diseños y técnicas epidemiológicas en la investigación psicológica. *Revista de Neuropsicología*, 2(1), 18-23.
- Oros, L. (2005). Locus de Control: Evolución de su concepto y operacionalización. *Revista de Psicología*, 14(1), 89-97.
- Passik, S.D. y Lowery, A.E. (2010). Recognition and screening of depression in people with cancer. En: Kissane, D., Maj, M. y Sartorius, N. (Eds.). *Depression and Cancer* (pp.81-100). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Patrão, I. (2007). O ciclo psico-oncológico no cancro da mama: Estudo do impacto psicossocial do diagnóstico e dos tratamentos (Doctoral dissertation). Lisbon: Universidade Nova de Lisboa.
- Pavletic, S.Z., Khouri, I.F. y Haagenon, M. (2005). Unrelated donor marrow transplantation for B-cell chronic lymphocytic leukemia after using myeloablative conditioning: results from the Center for International Blood and Marrow Transplant research. *Journal Clinica Oncology*, 23 (24), 5788-5794. doi:10.1200/JCO.2005.03.962. PMID 16043827
- Pérez, A.M. y Sanjuán, P. (2003). Personalidad y enfermedad. En: J. Bermúdez, A.M. Pérez-García y P. Sanjuán (Eds.). *Psicología de la Personalidad*. (Tomo II, cap.21 (pp. 343-398). Madrid: UNED.
- Pérez, C., Dois, A., Díaz, L. y Villavicencio, P. (2009). Efecto de la Hemodiálisis en la calidad de vida de los usuarios. *Horizonte de Enfermería*, 20(1), 57-65.

- Persson, U., Larsson, G., Ohlsson, O. y Hallberg, I. R. (2008). La leucemia aguda o calidad altamente maligno linfoma de vida del paciente más de dos años: un estudio piloto. *Europe Journal Cancer Care*, 10 (1), 36-47.
- Petrie, K.J., Cameron, L.D., Ellis, C.J., Buick, D. y Weinman, J. (2002). Changing illness perceptions after myocardial infarction: an early intervention randomized controlled trial. *Psychosomatic Medicine*; 64, 580-6
- Pintado, M.S, De la Torre, O., Blasco, K., Giménez, J., Merck, B., Guinot, J.L., Quilis, M., Almenar, D., Llorente, R.M., Asensio, I., Mallol, P., Turanzo, A., Pérez, M., Vázquez, C. y Barreto, P. (2010). Imagen corporal y cáncer de mama. *VII Congreso Iberoamericano de Psicología*, 20-24 julio 2010, Oviedo.
- Polit, D.F., Beck, C.T. y Hungler, B.P. (2004). Fundamentos de la investigación en enfermería: métodos, evaluación y utilización. 5ª ed. Porto Alegre: Medical Arts.
- Porro, M.L., Andrés, M.L. y Rodríguez-Espínola, S. (2012). Regulación emocional y cáncer: utilización diferencial de la expresión y supresión emocional en pacientes oncológicos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30(2), 341-355.
- Prieto, J.M., Atala, J., Blanch, J., Carreras, E., Rovina, M., Cirena, E. y Gasto, C. (2005). Role of depression as a predictor of mortality among cancer patients after stem-cell transplantation. *Journal of Clinical Oncology*, 23, 6063-6071.
- Pulgar-Buendía, Á. (2011). *Aplicación del modelo biopsicosocial para la comprensión de la calidad de vida y el pronóstico en el cáncer hematológico*. Jaén: Universidad de Jaén.
- Pulgar, Á., Garrido, S., Alcalá, A. y Reyes del Paso, G. A. (2012). Psychosocial Predictors of Immune Response Following Bone Marrow Transplantation. *Behavioral Medicine*, 38(1), 12-18.
- Pulgar, M. Á., Garrido, S., Muela, J. A. y del Paso, G. A. R. (2009). Validación de un inventario para la medida del estrés percibido y las estrategias de afrontamiento en enfermos de cáncer (ISEAC). *Psicooncología*, 6(1), 167-190.
- Ramos, V., Rivero, R., Piqueras, J.A., García, L.J. y Oblitas, L.A. (2008) Psiconeuroinmunología: conexiones entre el sistema nervioso y sistema inmunes. *Suma psicológica*, 15 (1) 115-142.
- Rey, R.R., Llana, H.G., Barbero, J., Bajo, M.A., Villanueva, R.S., del Peso, G. y Selgas, R. (2012). Propiedades psicométricas preliminares de un cuestionario multidimensional de adaptación a la enfermedad para pacientes onco-hematológicos (CMAE-OH) adaptado a pacientes renales en diálisis (CMAE-RD). *Psicooncología*, 9(2-3), 369-391.
- Rodgers, J., Martin, C., Morse, R., Kendell, K. y Verrill, M. (2005). An investigation into the psychometric properties of the Hospital Anxiety and Depression Scale in patients with breast cancer. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3, 41-53.
- Rodin, G., Lloyd, M., Katz, M., Green, E., Mackay, J.A., Wong, R.K.S. et al. (2007). The treatment of depression in cancer patients: a systematic review. *Supportive care in cancer*, 15, 123-136
- Robles, R., Morales, M., Jiménez, L.M., y Morales, J. (2009). Depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama: el papel de la afectividad y el soporte social. *Psicooncología*, 6(1), 191-201.
- Rodríguez, M.E., Lucero, R. y Vía, J. (s/f). Atención psicológica en trasplantes. Documento interno. La Habana: Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras". Disponible en línea: <http://www.hospitalameijeiras.sld.cu/hha/mpm/documentos/>

- PSICOLOGIA/PA/ATENCION%20PSICOLOGICA%20EN%20TRASPLANTES.pdf (Recuperado el 1 de Abril de, 2010).
- Rodríguez Vega, B., Bayón, C., Orgaz, P., Torres, G., Mora, F. y Castelo, B. (2007). Adaptación individual y depresión en una muestra de pacientes oncológicos. *Psicooncología*, vol. 4(1), 7-19.
- Rodríguez Vega, B., Orgaz, P., Bayón, C., Palao, Á., Torres, G., Hospital, A., *et al.* (2011). Differences in depressed oncologic patients' narratives after receiving two different therapeutic interventions for depression: a qualitative study. *Psycho-oncology*, 21(12), 1292-1298.
- Rojas, C.E., Alvarado, A.S., Calderón, F.E. y Ochoa A.S. (2008). Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes en aislamiento por trasplante de médula ósea. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 2(7), 40-44
- Romero, R., Ibáñez, E. y Monsalve, V. (2000). La Terapia Psicológica Adyuvante en Enfermas con Cáncer de Mama: un Estudio Preliminar. En: F. Gil. Manual de Psico-Oncología (pp. 15-37). Madrid: Nova Sidonia Oncología.
- Ruiz, G.J. (2009). Fundamentos de Hematología. Madrid: Auto-Editor. Sans-Sabrafen, J., Berres, R.C. y Vives, J.C. (2006). Hematología Clínica. Barcelona: Elsevier.
- Ruiz, M. A. y Pardo, A. (2005). Calidad de vida relacionada con la salud: definición y utilización en la práctica médica. *Pharmacoeconomics Spanish Research Articles*, 2 (1), 31-43.
- Rusiewicz, A., Duhamel, K.N., Burkhalter, J., Ostroff, J., Winkel, G., Scigliano, E. *et al.* (2008). Psychological distress in long-term survivors of hematopoietic stem cell transplantation. *Psychooncology*, 17, 329-337.
- Sánchez, R., Retana, B.E. y Carrasco, E. (2008). Evaluación Psicológica del Entendimiento Emocional: Diferencias y Similitudes entre Hombres y Mujeres. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 26, 193-216
- Sánchez P.T. (2010). El impacto del diagnóstico de Cáncer. Blog. Posted on febrero 23 rd, in Reflexiones [Internet]. [Acceso 20 de noviembre de 2012]. Disponible en: <http://pesanher.blogs.uv.es/2009/01/21/el-impacto-del-diagnostico-de-cancer/>
- Sánchez, A., Monserrat, J., Rosique, P. y Moraleda, J.M. (2012). Leucemias agudas. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada acreditado*, 11(21), 1268-1279
- Sánchez, M.J., Payer, T., De Angelis, R., Larrañaga, N., Capocaccia, R. y Martínez, C. (2010). Cancer incidence and mortality in Spain: estimates and projections for the period 1981-2012. *Annals of Oncology: Official Journal of the European Society for Medical Oncology / ESMO*, 21, 30-36.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T.E., Santed, M.A., y Valiente, R.M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11(1), 37-51.
- Sawada, N.O., Nicolussi, A.C., Okino, L., Cardoso, F.M.C., Zago, M.M.F. (2009) Calidad de la evaluación de la vida en Pacientes con cáncer sometido a la quimioterapia. *Apuntes Escuela de Enfermería*, 43 (3), 581-87
- Schmidt, C. (2008). Construcción de un cuestionario de emociones positivas en población enterrriana. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 26, 117-139.
- Schroevers, M.J., Kraaij, V. y Garnefski, N. (2011). Cancer patients' experience of positive and negative changes due to the illness: relationships with psychological well-

- being, coping, and goal reengagement. *Psycho-Oncology*, 20, 165-172. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.1718>.
- Seligman M., Steen T., Park N. y Peterson C. (2005). Positive psychology progress. Empirical validation of interventions. *American psychologist*, 60 (5), 410-421.
- Segersrom, S.C. y Miller, G.E. (2004). Psychological Stress and the Human Immune System: A Meta-Analytic Study of 30 Years of Inquiry. *Psychological Bulletin*, 130, 601-630.
- Silva, S.M., Moreira, H.C. y Canavarro, M.C. (2012). Examining the links between perceived impact of breast cancer and psychosocial adjustment: The buffering role of posttraumatic growth. *Psychooncology*, 21(4),409-18. Doi: 10.1002/pon.1913.
- Sirera, R., Sánchez, P. y Camps, C. (2006) Inmunología, estrés, depresión y cáncer. *Psicooncología*, 3(1), 35-48.
- Spielberger, C.D. y Reheiser, E.C. (2009). Assessment of emotions: Anxiety, anger, depression, and curiosity. *Applied Psychology: Health and Wellness*, 1, 32.
- Sprangers, M.A., Cull, A., Bjordal, K., Groenvold, M. y Aaronson, N.K. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer. Approach to quality of life assessment: guidelines for developing questionnaire modules. EORTC Study Group on Quality of Life. *Qual Life Res*, 2(4), 287-95.
- Sue, D., Sue, D.W., y Sue, S. (2000). Understanding abnormal behavior. Nueva York: Houghton Mifflin Company.
- Sumalla, E.C., Ochoa, C. y Blanco, I. (2009). Posttraumatic growth in cancer: reality or illusion?. *Clinical Psychology Review*, 29, 24-33. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2008.09.006>
- Swerdlaw, S. h., Campo, E. y Harris, N. L. (2008). WHO Classification of tumours of haematopoietic and lymphoid tissues. France: IARC Press.
- Tedeschi, R.G. y Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1-18. [http://dx.doi.org/10.1207/s15327965pli1501\\_01](http://dx.doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01)
- Temoshok, L.R. y Wald, R.L. (2002). Change is complex: Rethinking research on psychosocial interventions and cancer. *Integrated Cancer Therapy*, 1, 135-145.
- Tighe, M., Molassiotis, A., Morris, J. y Richardson, J. (2011). Coping, meaning and symptom experience: a narrative approach to the overwhelming impacts of breast cancer in the first year following diagnosis. *European journal of oncology nursing*, 15(3), 226-232.
- Trask, P.C, Paterson, A., Riba, M., Brine, B., Griffi, K. y Parker, P. (2002). Assessment of psychological distress in prospective bone marrow transplant patients. *Bone Marrow Transplant*, 29, 917-925.
- Ulla, S., y Arranz, P. (2008). Diseño y validación de un cuestionario multidimensional de adaptación a la enfermedad para pacientes oncohematológicos (CMAE-OH). *Psicooncología*, 5(1), 7-25.
- Vellone, E., Sinapi, N., Piria, P., Bernardi, F. M., Dario, L., et al. (2004). Anxiety and depresión of cancer patients hospitalized and at home. *Professionii Infermieristiche*.; 57 (2), 93-101.
- Vinaccia, S. (2003). El patrón de conducta *tipo c* en pacientes con enfermedades crónicas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 32 (1), 161-168.
- Vodermaier, A. y Millman, R.D. (2011). Accuracy of the Hospital Anxiety and Depression Scale as a screening tool in cancer patients: A systematic review and meta-

- analysis. *Support Care Cancer*, 19 (12),1899- 908. Doi:10.1007/s00520-011-1251-4.
- Vose, J.M. y Pavletic, S.Z. (2011). Hematopoietic stem cell transplantation. In: Goldman L, Schafer Al. *Cecil Medicine*. 24th ed. Philadelphia, Ed: Saunders Elsevier.
- Wallston, K. (2001). Conceptualization and operationalization of perceived control. En A. Baum, T. Revenson, y J.E. Singer (Eds.). *The Handbook of Health Psychology* (pp. 49-58).
- Wallston, K. (2005). The validity of the Multidimensional Health Locus of Control Scales. *Journal of Health Psychology*, 10, 623-631.
- Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C., y Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychology Medical*, 18(1), 203-209.
- Wallston, K.; Wallston, B. y De Vellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*, 6, 160-170.
- Watson, D., Clark, L.A., y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- Watson, M. y Greer, S. (1998). Personality and coping. En J. C. Holland (Ed.), *Pshychooncology* (pp. 91-98). New York: Oxford University Press.
- Watson, M. y Homewood, J. (2008). Mental Adjustment to Cancer Scale: psychometric properties in a large cancer cohort. *Psycho-Oncology*, 17, 1146-1151. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.1345>
- Watson, M., St. James-Roberts, I. y Ashley, S. (2006). Factors associated with emotional and behavioural problems among school age children of breast cancer patients. *British Journal of Cancer*, 94(1), 43-50.
- Vodermaier, A. y Millman, R.D. (2011). Accuracy of the Hospital Anxiety and Depression Scale as a screening tool in cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Support Care Cancer*, 19 (12),1899- 908. doi:10.1007/00520-011-1251-4.
- Zigmond, A.S. y Snaith, P.P. (1983) The Hospital Anxiety and Depresión Scale. *Acta Psychiatry Scand*, 67, 361-70.
- Zozulya, A., Gabaeva, M., Sokolov, O., Surkina, I. y Kost, N. (2008). Personality, Coping Style, and Constitutional Neuroimmunology. *Journal of Immunotoxicology* 5 (2), 221-225.

**ANEXOS**

---



## **ANEXO 1a: Consentimiento Informado Estudio I**

### **HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE**

#### **INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN TRASPLANTE DE PROGENITORES**

##### **HEMATOPOYÉTICOS (TPH)**

Queremos invitarle a participar en este estudio donde pretendemos atender determinados aspectos psicológicos que presenta el paciente candidato al Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos (TPH), así como conocer si un apoyo psicológico y educacional sobre todo el proceso y anterior al trasplante ayuda al paciente a mejorar su estado psicológico con el fin de aumentar su calidad de vida: incrementando su bienestar físico, psíquico y social. Su médico le habrá informado que usted puede formar parte de este estudio y le remitirá a los psicólogos encargados del mismo que le pedirán que rellene una serie de cuestionarios que valorarán su estado de ánimo y su calidad de vida tras haber sido informado de la enfermedad.

Necesitamos que usted *colabore libre y voluntariamente*, para ello le pedimos que firme la hoja adjunta de “consentimiento informado”. Si usted no desea participar en el estudio o decidiera retirarse una vez comenzado, su atención médica y psicológica (si la requiriera) *no se verá afectada*.

Si ha consentido participar le explicamos que para el estudio se necesitan dos grupos de pacientes: por un lado están los pacientes que son diagnosticados en el Servicio de Hematología y Hemoterapia H.U. Virgen de las Nieves y que a lo largo del tratamiento pre-trasplante y después del mismo deberán rellenar un total de siete cuestionarios, y recibirán una serie de cuatro sesiones que le ayudaran a afrontar todo el proceso de una forma más positiva; por otro lado, el segundo grupo, estará formado por pacientes que son derivados a la Unidad de TPH del Servicio de Hematología y Hemoterapia del H.U. Virgen de las Nieves desde otras unidades y por los pacientes que rechacen la intervención psico-educativa. Estos pacientes rellenaran también la serie de cuestionarios, pero no recibirán las seis sesiones con el psicólogo/a encargado/a debido a la dinámica de ingreso.

También queremos informarle de que sus datos personales se van a mantener en la más *estricta confidencialidad*, su nombre no va a aparecer asociado a los datos que se obtengan, para ello se le asignará un código numérico.

Si tiene alguna pregunta que desee hacer para asegurarse de que ha entendido toda la información acerca del estudio, puede hacérsela bien al psicólogo encargado o a su médico.



## ANEXO 1b: Consentimiento por escrito Estudio I

### CONSENTIMIENTO POR ESCRITO DEL PACIENTE

#### INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS (TPH)

Yo: \_\_\_\_\_, declaro bajo mi  
responsabilidad que:

1. He leído la hoja de información que se me ha entregado.
2. He podido hacer preguntas sobre el estudio.
3. He recibido toda la información.
4. He sido informado por: \_\_\_\_\_.
5. Comprendo que mi participación es voluntaria.
6. Comprendo que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mi atención médica y/o psicológica.
7. Comprendo que mis datos se van a tratar con estricta confidencialidad.

Por ello presto **libremente** mi conformidad para participar en este estudio.

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma del paciente:

Firma del responsable:

**Muchas gracias por su colaboración**



## ANEXO 2: Hoja de recogida de datos Estudio I

DATOS DE REFERENCIA
<b>CENTRO DE REFERENCIA:</b> H.U.V.N. <input type="checkbox"/> H.U.S.C. <input type="checkbox"/> OTRO : _____
<b>Nº HISTORIA CLINICA:</b> _____ <b>MEDICO RESPONSABLE:</b> _____
DATOS SOCIDEMOGRAFICOS
<b>FECHA NACIMIENTO:</b> ____ / ____ / ____ <b>EDAD:</b> ____ Años <b>SEXO:</b> V <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
<b>ESTADO CIVIL:</b> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>
<b>FAMILIAR:</b> Vive solo/a <input type="checkbox"/> Con su familia o pareja <input type="checkbox"/> Con amigos <input type="checkbox"/> Institución <input type="checkbox"/>
<b>ESCOLARIDAD:</b> Analfabetismo <input type="checkbox"/> Primarios <input type="checkbox"/> Secundarios <input type="checkbox"/> Universitarios <input type="checkbox"/>
<b>SITUACION LABORAL:</b>
Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/>
En paro <input type="checkbox"/> Jubilado/a <input type="checkbox"/> Baja temporal <input type="checkbox"/> Baja total <input type="checkbox"/> Otros: _____
DATOS MEDICOS
<b>DIAGNOSTICO:</b> _____
<b>FECHA DIAGNOSTICO:</b> ____ / ____ / ____ <b>INFORMADOR:</b> _____
<b>TRATAMIENTO:</b>
Quimioterapia <input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> TPH <input type="checkbox"/> Hormonoterapia <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>
<b>TIPO DE TPH.:</b> Autólogo <input type="checkbox"/> Alogénico <input type="checkbox"/> Haploidéntico <input type="checkbox"/> No relacionado <input type="checkbox"/>
<b>FECHA PREVISTA:</b> __ / ____ / ____ <b>FECHA REALIZACION:</b> ____ / ____ / ____
<b>PRONOSTICO:</b>
Muy desfavorable <input type="checkbox"/> Desfavorable <input type="checkbox"/> Dudoso <input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Muy favorable <input type="checkbox"/>
<b>MEDICO RESPONSABLE:</b> _____
<b>ANTECEDENTES MÉDICOS:</b> _____
_____
_____
HISTORIA PSICOPATOLÓGICA PREVIA
<b>Hª psicopatológica previa:</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>Atención psicológica/psiquiatría actual:</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>Diagnóstico:</b> _____
<b>Código DSM-IV/ CIE-10:</b> _____
<b>Situación actual:</b>
Remisión <input type="checkbox"/> Cambio <input type="checkbox"/> Agravamiento <input type="checkbox"/> Mismo diagnóstico <input type="checkbox"/> Distinto <input type="checkbox"/>
<b>Medicación:</b>
<b>Ansiolíticos o hipnóticos</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Especificar (Valium, Orfidal.....): _____
<b>Antidepresivos</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Especificar (Prozac, Tryptizol...): _____
<b>Otros</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Especificar: _____
OTROS DATOS



### ANEXO 3: Entrevista de Evaluación Inicial del Estudio I.

INFORMACIÓN Y COMPRESIÓN DE LA ENFERMEDAD										
¿Qué es lo que sabe de su enfermedad?: Mucho <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> ¿Qué tratamientos le han propuesto?: Cirugía <input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> TPH <input type="checkbox"/> ¿Podría explicármelos?: Mucho <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> ¿Tiene algún tipo de duda?: Ninguna <input type="checkbox"/> Algunas <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> ¿Conoce los posibles efectos secundarios?: Mucho <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Percepción global: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 No conocedor <span style="float: right;">Totalmente conocedor</span>										
ESTADO FISICO										
¿Tiene algún tipo de molestia (dolor, cansancio, etc.)?: Náuseas <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Dolo <input type="checkbox"/> Inmovilidad <input type="checkbox"/> Insomnio <input type="checkbox"/> Cansancio <input type="checkbox"/> ¿Qué hace para superar esas molestias?: Mucho <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> ¿Cómo esta su apetito?: Malo <input type="checkbox"/> Variable <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> ¿Cómo duerme?: Mal <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Percepción global: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mal estado <span style="float: right;">Buen estado</span>										
ESTADO EMOCIONAL										
¿Cómo se siente en este momento?: Triste <input type="checkbox"/> Ansioso <input type="checkbox"/> Asustado <input type="checkbox"/> Relajado <input type="checkbox"/> Animado <input type="checkbox"/> Tranquilo <input type="checkbox"/> ¿Qué es lo que más le preocupa?: Mucha <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Poca <input type="checkbox"/> ¿Qué piensa de su aspecto?: Malo <input type="checkbox"/> Indiferente <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> En la última semana ¿cómo se le ha pasado el tiempo?: Lento <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Rápido <input type="checkbox"/> ¿Cree que se puede hacer algo para mejorar esta situación?: Mucho <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> ¿Ha consultado alguna vez a un psiquiatra o psicólogo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Percepción global: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy malo <span style="float: right;">Muy bueno</span>										
EQUIPO MEDICO										
¿Siente confianza con el tratamiento médico?: Mucha <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Poca <input type="checkbox"/> ¿Está satisfecho con la comunicación que tiene con el equipo?: Mucho <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Regula <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> ¿Cree que la información que le han ofrecido es correcta?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sobre las decisiones del tratamiento ¿participa?: Mucho <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Poca <input type="checkbox"/> Percepción global: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy mala <span style="float: right;">Muy buena</span>										
FAMILIA y APOYO SOCIAL										
Esta enfermedad ¿cómo esta afectando a su familia?: Mucho <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> ¿Habla con su familia o amigos?: Mucho <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> ¿Cómo cree que es esta comunicación? Buena <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> ¿Con qué frecuencia hablan de ello?: Mucho <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Percepción global: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy mala <span style="float: right;">Muy buena</span>										
TRASPLANTE										
¿Qué sabe del T.M.O?: Mucho <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Poca <input type="checkbox"/> ¿Cree que necesitas más información?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Comprende la información que tiene?: Mucho <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> ¿Se siente capaz?: Mucho <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> ¿Aceptaría participar en una terapia psicológica de preparación al trasplante? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Percepción global: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy mala <span style="float: right;">Muy buena</span>										



## ANEXO 4: Entrevista Seguimiento del Estudio I.

INFORMACIÓN Y COMPRESIÓN DE LA ENFERMEDAD										
¿Ha existido algún cambio en el diagnóstico, tratamiento, etc.?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>										
¿Le han propuesto algún tratamiento nuevo?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>										
Cirugía <input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> TPH <input type="checkbox"/> Inmunoterapia <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>										
¿Tiene algún tipo de duda?: Ninguna <input type="checkbox"/> Algunas <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>										
¿Conoce los efectos secundarios de los nuevos tratamientos?:										
Mucho <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/>										
Percepción global: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10										
No conocedor <span style="float: right;">Totalmente conocedor</span>										
ESTADO FISICO										
¿Tiene algún tipo de molestia (dolor, cansancio, etc.)?:										
Náuseas <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Inmovilidad <input type="checkbox"/> Insomnio <input type="checkbox"/>										
Cansancio <input type="checkbox"/>										
¿Cómo esta su apetito?: Malo <input type="checkbox"/> Variable <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/>										
¿Cómo duerme?: Mal <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/>										
Percepción global: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10										
Mal estado <span style="float: right;">Buen estado</span>										
ESTADO EMOCIONAL										
¿Cómo se siente en este momento?: Triste <input type="checkbox"/> Ansioso <input type="checkbox"/> Miedo <input type="checkbox"/> Relajado <input type="checkbox"/> Animado <input type="checkbox"/>										
Tranquilo <input type="checkbox"/>										
¿Qué piensa de su aspecto?: Malo <input type="checkbox"/> Indiferente <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/>										
Y los demás, ¿qué creen que piensan?: Malo <input type="checkbox"/> Indiferente <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/>										
En la última semana ¿cómo se le ha pasado el tiempo?: Lento <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Rápido <input type="checkbox"/>										
¿Cree que se puede hacer algo para mejorar esta situación?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>										
Percepción global: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10										
Muy malo <span style="float: right;">Muy bueno</span>										
EQUIPO MEDICO										
¿Cómo está su confianza con el tratamiento médico?: Mucha <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/>										
Poca <input type="checkbox"/>										
¿Cómo está la comunicación que tiene con el equipo médico?: Mala <input type="checkbox"/> Indiferente <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/>										
Percepción global: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10										
Muy mala <span style="float: right;">Muy buena</span>										
FAMILIA y APOYO SOCIAL										
¿Habla con su familia sobre su enfermedad y su tratamiento?: Mucho <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/>										
¿Cómo cree que es esta la comunicación familiar? Bien <input type="checkbox"/> Mal <input type="checkbox"/> Como siempre <input type="checkbox"/>										
¿Con qué frecuencia hablan de ello?: Mucho <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/>										
Percepción global: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10										
Muy mala <span style="float: right;">Muy buena</span>										
TRASPLANTE										
¿Se siente capaz?: Mucho <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/>										
¿Cree que necesitas más información?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>										
¿Comprende la información que tiene?: Mucho <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/>										
¿Qué aspectos considera los más difíciles del trasplante? :										
_____										
_____										
Percepción global: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10										
Muy mala <span style="float: right;">Muy buena</span>										



## ANEXO 5: Procedimiento Normalizado de Trabajo PNT-TPH-020.

5º HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA U.T.P.H.	PNT-UTPH-M-20 INTERVENCIÓN PSICOONCOLÓGICA EN TPH
--	--



Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES

PNT-UTPH-M-20  
Fecha: 22-04-2009

### PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE TRABAJO

### INTERVENCIÓN PSICOONCOLÓGICA EN TPH

	NOMBRE Y CARGO	FIRMA	FECHA
ELABORADO POR	D <sup>a</sup> Soledad De Linares Fernández Psicooncóloga		24-03-2009
REVISADO POR	Dra. Lucia Moratilla López Resp. De Calidad de SHH (Unidad TPH)		02-04-2009
APROBADO POR	Dr. Manuel Jurado Chacón Jefe de Servicio de Hematología y Hemoterapia		22-04-2009



EDICIÓN 01	PNT- UTPH-M-20	Página 1 de 1
------------	----------------	---------------



**ANEXO 6: Certificado de Acreditación del Sistema de Gestión de Calidad conforme a FACT-JACIE.**

 <p><b>JACIE</b> Joint Accreditation Committee ISCT EBMT</p>  <p><b>Christian Chabannon</b> President, JACIE</p>  <p><b>Alessandro Rambaldi</b> Vice-President, JACIE</p>	<p><b>Joint Accreditation Committee ISCT-EBMT</b> <i>certifies that</i></p> <p><b>Hospital Universitario Virgen de las Nieves y Centro Regional De Transfusión Sanguínea Granada-Almería Granada, Spain</b></p> <p>complies with the requirements of JACIE and is granted accreditation for</p> <p><b>Autologous &amp; Allogeneic Transplantation in Adult Patients Collection of HPC, Apheresis Cell Processing</b></p> <p><b>Programme Director: Dr. Manuel Jurado Chacón</b></p>  <table border="1"><tr><td>CERTIFICATE NUMBER: E-016-2011</td><td>DATE OF ISSUE: 30/11/2011</td><td>DATE OF EXPIRY: 29/11/2015</td></tr></table>	CERTIFICATE NUMBER: E-016-2011	DATE OF ISSUE: 30/11/2011	DATE OF EXPIRY: 29/11/2015
CERTIFICATE NUMBER: E-016-2011	DATE OF ISSUE: 30/11/2011	DATE OF EXPIRY: 29/11/2015		



## Anexo 7: Hoja de recogida de datos Estudio II

DATOS DE REFERENCIA
<b>CENTRO DE REFERENCIA:</b> H.U.V.N. <input type="checkbox"/> H.U.S.C. <input type="checkbox"/> OTRO : _____
<b>Nº HISTORIA CLINICA:</b> _____ <b>MEDICO RESPONSABLE:</b> _____
DATOS SOCIDEMOGRAFICOS
<b>FECHA NACIMIENTO:</b> ___ / ___ / ___ <b>EDAD:</b> ___ Años <b>SEXO:</b> V <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
<b>ESTADO CIVIL:</b> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>
<b>FAMILIAR:</b> Vive solo/a <input type="checkbox"/> Con su familia o pareja <input type="checkbox"/> Con amigos <input type="checkbox"/> Institución <input type="checkbox"/>
<b>ESCOLARIDAD:</b> Analfabetismo <input type="checkbox"/> Primarios <input type="checkbox"/> Secundarios <input type="checkbox"/> Universitarios <input type="checkbox"/>
<b>SITUACION LABORAL:</b>
Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/>
En paro <input type="checkbox"/> Jubilado/a <input type="checkbox"/> Baja temporal <input type="checkbox"/> Baja total <input type="checkbox"/> Otros: _____
DATOS MEDICOS
<b>DIAGNOSTICO:</b> _____
<b>FECHA DIAGNOSTICO:</b> ___ / ___ / ___ <b>INFORMADOR:</b> _____
<b>TRATAMIENTO:</b>
Quimioterapia <input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> TPH <input type="checkbox"/> Hormonoterapia <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>
<b>TIPO DE TPH.:</b> Autólogo <input type="checkbox"/> Alogénico <input type="checkbox"/> Haploidéntico <input type="checkbox"/> No relacionado <input type="checkbox"/>
<b>FECHA PREVISTA:</b> ___ / ___ / ___ <b>FECHA REALIZACION:</b> ___ / ___ / ___
<b>PRONOSTICO:</b>
Muy desfavorable <input type="checkbox"/> Desfavorable <input type="checkbox"/> Dudoso <input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Muy favorable <input type="checkbox"/>
<b>MEDICO RESPONSABLE:</b> _____
<b>ANTECEDENTES MÉDICOS:</b> _____
_____
_____
HISTORIA PSICOPATOLÓGICA PREVIA
<b>Hª psicopatológica previa:</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>Atención psicológica/psiquiátrica actual:</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>Diagnóstico:</b> _____
<b>Código DSM-IV/ CIE-10:</b> _____
<b>Situación actual:</b>
Remisión <input type="checkbox"/> Cambio <input type="checkbox"/> Agravamiento <input type="checkbox"/> Mismo diagnóstico <input type="checkbox"/> Distinto <input type="checkbox"/>
<b>Medicación:</b>
<b>Ansiolíticos o hipnóticos</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Especificar (Valium, Orfidal.....): _____
<b>Antidepresivos</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Especificar (Prozac, Tryptizol...): _____
<b>Otros</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Especificar: _____
OTROS DATOS



## **Anexo 8 a: Consentimiento Informado Estudio II**

### **HOJA DE INFORMACION AL PACIENTE**

(Documento redactado en base a la Ley Orgánica de Protección de datos de carácter personal 15/1999, BOE de 14 de diciembre de 1999)

Para tomar parte de este estudio, es importante que lea esta hoja en la que se le proporciona información y en la que se le solicita su participación.

#### **TÍTULO DEL ESTUDIO**

#### ***“VALORACIÓN DE LA INFLUENCIA DE VARIABLES PSICOLÓGICAS Y ESTADOS EMOCIONALES EN LA IMPLANTACIÓN DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS EN TPH”***

Los factores psicológicos implicados en el proceso de enfermedad de los pacientes que sufren algún tipo de enfermedad hematológica son muy numerosos, de diversa índole, frecuencia e intensidad y afecta a distintos aspectos. El Servicio de Hematología y Hemoterapia del H.U. Virgen de las Nieves, es sensible al impacto físico y emocional de un tratamiento hematológico. Por ello, queremos invitarle a participar en este estudio donde pretendemos valorar si ciertas variables psicológicas y/o de personalidad influyen en el proceso de trasplante de progenitores hematopoyéticos para el cual usted es candidato según protocolo médico.

Por ello le habrán informado que usted puede formar parte de este estudio, ayudándonos a comprender y entender las variables psicológicas y/o de personalidad que pueden influir en el proceso de trasplante al que usted es candidato. Para ello deberá rellenar unos cuestionarios para valorar su estado psicológico antes y después del trasplante. La persona encargada del estudio será la responsable de que pueda rellenar los cuestionarios en los momentos seleccionados para ello.

También queremos informarle de que:

- La participación es totalmente voluntaria.
- El paciente puede retirarse del estudio cuando así lo manifieste, sin dar explicaciones y sin que esto repercuta en sus cuidados médicos.
- Todos los datos de carácter personal, obtenidos en este estudio son confidenciales y se tratarán conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99. Para ello se le asignará un código de identificación.
- La información obtenida se utilizará exclusivamente para los fines específicos de este estudio.

Si requiere información adicional se puede poner en contacto con el encargado del estudio de Servicio de Hematología del H.U. Virgen de las Nieves de Granada, en el teléfono: 958020147 (encargada: Soledad) o en el correo electrónico: apoyo.psicologico.hematologia@gmail.com

Muchas gracias por su colaboración



## Anexo 8 b: Consentimiento por escrito Estudio II

### HOJA DE CONSENTIMIENTO POR ESCRITO DEL PACIENTE

Antes de proceder a la firma de este consentimiento informado, lea atentamente la información que a continuación se le facilita y realice las preguntas que considere oportunas.

#### TÍTULO DEL ESTUDIO

**“VALORACIÓN DE LA INFLUENCIA DE  
VARIABLES PSICOLÓGICAS Y ESTADOS  
EMOCIONALES EN LA IMPLANTACIÓN DE  
PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS EN  
TPH”**



- He leído el documento informativo que acompaña a este consentimiento (Información al Paciente).
- He podido hacer preguntas sobre el estudio: **“Valoración de la influencia de variables psicológicas y estados emocionales en la implantación de progenitores hematopoyéticos en TPH”**.
- He recibido suficiente información sobre dicho estudio y he hablado con el profesional sanitario informador y encargado: \_\_\_\_\_
- Comprendo que mi participación es voluntaria y soy libre de participar o no en el estudio.
- Se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme establece la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.
- Se me ha informado de que la información obtenida sólo se utilizará para los fines específicos del estudio.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
  - Cuando quiera
  - Sin tener que dar explicaciones
  - Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio que me han explicado:

Firma del paciente

Firma del profesional

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

