

Evaluación psicológica para protocolo de trasplante de células hematopoyéticas en adolescentes

Psychological assessment for hematopoietic cells transplant protocol in adolescents

Leticia Ascencio Huertas¹

RESUMEN

Los pacientes que reciben trasplante de células hematopoyéticas manifiestan distintas respuestas emocionales, adaptativas o no, que dependen del entorno social, familiar y personal y del procedimiento per se. Esta situación resulta aún más compleja en pacientes adolescentes. Es importante contar con una valoración psicológica adecuada que permita determinar la condición emocional de los pacientes sometidos a dicho procedimiento, particularmente en la adolescencia, a través de una evaluación psicológica que incluya una valoración clínica y una batería de pruebas psicológicas. La valoración se realiza mediante una entrevista semiestructurada y la aplicación de las mencionadas pruebas para obtener datos relevantes relacionados con su capacidad intelectual, procesos afectivos y vulnerabilidad al estrés, sistemas de apoyo social (reales y percibidos), familia y funcionamiento familiar, mecanismos de afrontamiento personales y familiares, recursos psicológicos, actitud hacia el trasplante, estado afectivo y trastornos en la esfera conativa. A través de estos instrumentos es posible estandarizar la valoración psicológica completa que permita determinar si el paciente se encuentra apto o no para ser sometido al trasplante y establecer los lineamientos terapéuticos para el manejo psicológico previo y posterior a dicho procedimiento.

Palabras clave: Evaluación psicológica; Reporte psicológico; Trasplante de células hematopoyéticas; Adolescentes.

ABSTRACT

All patients undergoing hematopoietic cell transplantation could have different types of emotional responses either adaptive or maladaptive, influenced by social, cultural and personal factors in addition to the transplantation process itself. Therefore, it is important to have psychological assessment to evaluate the patient's emotional condition, particularly in adolescent patients. The psychological evaluation includes a clinical assessment, interviews and psychological tests to explore intellectual ability, affective processes and vulnerability to stress, social support system (real and perceived), family and family functioning, personal coping mechanisms, psychological resources, attitude toward the transplantation, emotional condition, and disorders of the conative sphere. These tools make possible a standardized assessment of the patients' psychological condition and may be important to assess if the patient is suitable for the transplantation procedure, as well as to establish therapeutic guidelines for the pre-and post-transplantation psychological treatment.

Key words: Psychological assessment; Psychological report; Hematopoietic cell transplantation; Adolescents.

¹Instituto Nacional de Cancerología, Av. San Fernando Núm. 22, Col. Sección XVI, Del. Tlalpan, 14080 México, D.F., México, tel. y fax (55)56-28-04-00, ext. 822, correos electrónicos: leash71@yahoo.com.mx y leash71_2@yahoo.com.mx. Artículo recibido el 1 de diciembre de 2010 y aceptado el 15 de febrero de 2011.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Asociación Mexicana de Lucha Contra el Cáncer (2009), el cáncer infantil se ha convertido en la segunda causa de muerte entre la población de 1 a 19 años de edad. Con base en estas cifras, cada año requieren atención médica en oncología pediátrica 18 mil niños y adolescentes. El tipo de tratamiento dependerá del tipo de cáncer, así como de su agresividad, lo extendido que esté (metástasis) y la edad del niño. Las neoplasias malignas infantiles representan de 1 a 2% de las que ocurren en la población total (Reynoso y Seligson, 2005); de éstas, las neoplasias hematológicas ocupan un lugar importante. Cabe señalar que este tipo de neoplasias son potencialmente curables en los niños y adolescentes, pero requieren tratamientos agresivos, incluido el trasplante de médula ósea.

El trasplante de médula ósea o trasplante de células hematopoyéticas (TCH) es un procedimiento ampliamente aceptado para el tratamiento de las enfermedades congénitas y adquiridas de la médula ósea, tumores sólidos y alteraciones metabólicas. Se estima que cada año se efectúan alrededor de 5 mil procedimientos en el mundo con resultados satisfactorios que van de 60 a 85%. El fin que se persigue con el TCH es colocar nuevamente células madre o pluripotenciales dentro de la médula ósea, lo que se puede realizar obteniéndola de un familiar o hermano (trasplante alogénico), del mismo paciente (autólogo) y, en algunos tipos de enfermedades específicas, de sangre del cordón umbilical.

La forma es haciendo circular las células madre hematopoyéticas del individuo sano mediante un medicamento de uso subcutáneo. Después de cinco a seis días se realiza una "cosecha" con una máquina especial llamada de aféresis, que detecta en la sangre total las células madre, mismas que se colectan en una bolsa parecida a la que se usa para donar sangre habitualmente. Al paciente se le realiza un acondicionamiento previo al trasplante mediante quimioterapia o radioterapia para erradicar al máximo el cáncer que padece, y también para crear un espacio medular donde se alojará el injerto de su hermano. Al final de este procedimiento se infunde, por una vena o por un catéter, la "cosecha" obtenida del hermano o del propio paciente

y se espera a que se implante la médula ósea sana del hermano dentro del cuerpo del paciente.

Durante este proceso, los pacientes requieren de medidas que eviten complicaciones inherentes a la falta de elementos sanguíneos (infecciones, sangrados, etc.), por lo que son necesarios un periodo de aislamiento en un ambiente libre de agentes patógenos, periodos de hospitalización prolongados y distintos tratamientos de sostén (Cuéllar, 1990).

El TCH es un procedimiento médico complejo y se asocia con un alto riesgo de muerte por morbilidad física, una convalecencia prolongada y aislamiento social; además, existe un riesgo potencial para la morbilidad psicológica (Andrykowski y McQuellon, 1998). Ante estas consideraciones, es necesario contar con una adecuada evaluación médica, psicológica, social, familiar y económica que evite complicaciones que contraindiquen o afecte el proceso de trasplante.

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

El diagnóstico de cáncer se acompaña con frecuencia de problemas adaptativos, depresivos, ansiosos y con menor frecuencia de trastornos de personalidad (Arrarás, Arias y Arbizu, 1998). En la fase previa al trasplante 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 (Lesko, 1993; Trask, Paterson, Riba y cols., 2002; Zabora, Smith-Wilson, Baker, Wingard y Curbow, 1990). En el periodo de hospitalización para el trasplante se requiere el aislamiento físico de los enfermos como consecuencia de la inmunosupresión, periodo en el cual los pacientes manifiestan irritabilidad, agitación, estado de ánimo deprimido, ansiedad severa, delirium, alucinaciones, insomnio y confusión mental (Sasaki, Akaho, Sakamaki y cols., 2000). Estos cambios están influidos también por el estadio de la enfermedad y otros factores físicos. En los pacientes sobrevivientes post TCH se ha reportado la presencia de alteraciones

emocionales debido al temor de abandonar la seguridad del hospital, a adaptarse a una nueva forma de vida y de reintegrarse nuevamente al sistema familiar, social y académico. Los principales trastornos psicológicos reportados en esta fase son: trastorno adaptativo con ansiedad y depresión (Sasaki y cols., 2000), trastorno de estrés postraumático (Jacobsen, Sadler, Booth-Jones y cols., 2002); trastornos sexuales y síntomas depresivos (McQuellon, Craven, Russell y cols. (1996). 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, Duhamel, Burkhalter y cols., 2008).

En general, los pacientes sometidos al TCH 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, St. James y Ashley, 2006).

En los pacientes adolescentes estos cambios se agravan, ya que la adolescencia es de suyo una etapa estresante y de grandes cambios. La aparición de algunas enfermedades hematológicas potencialmente mortales, como leucemia, linfoma, mieloma múltiple y enfermedad de Hodgkin, entre otras, complica aún más su desarrollo. En una etapa en la cual la autoimagen y los deseos de independencia son muy importantes, una enfermedad crónica, las exigencias del tratamiento y los internamientos intensifican la preocupación en torno al aspecto físico, interfieren con el proceso de ganar independencia y perturban las relaciones cambiantes con padres y amigos. Los problemas del desarrollo del adolescente complican la transición del joven hacia una conducta responsable para lograr el control de la enfermedad y la adherencia al tratamiento.

La idea de enfrentar un trasplante durante la adolescencia, en la que las habilidades cognitivas se encuentran en desarrollo, provoca una serie de pensamientos, preocupaciones y preguntas sobre su cuerpo, sus relaciones y su vida. El adolescente enfermo tiende a experimentar mayores preocupaciones y temores cuando la enfermedad o los re-

quisitos médicos para su atención entran en conflicto con las cuestiones normales del desarrollo, como los problemas de imagen corporal y el modo en el que se verá afectado por la enfermedad o los tratamientos, y con frecuencia interfiere con la comodidad que siente el adolescente al depender cada vez menos de sus padres.

En esta compleja situación es fundamental evaluar todos los procesos psicológicos que el adolescente vive como parte de esa etapa de desarrollo y considerar las implicaciones que conlleva padecer una enfermedad crónica. Es posible que tales variables influyan en el bienestar psicológico que es necesario para sobrellevar un procedimiento tan complejo como el TCH. 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, como estudiar, asistir a fiestas o reuniones; algunos de ellos se encuentran lejos de sus parejas y de su familia (Brandão, Cavalcante y De Oliveira, 2004), 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.

Es importante, por ende, contar con una adecuada evaluación psicológica que haga posible prever situaciones alternas en un escenario así, de la misma forma conocer el grado de adaptación que podrá tener el paciente, a fin de generar estrategias reforzantes de sus habilidades de afrontamiento, así como la implementación de nuevas habilidades que le permitan responder emocionalmente de un modo favorable, para que se logre la modificación de aquellas circunstancias necesarias para llevar a cabo el trasplante con una importante mejoría de la salud física, la garantía de la estabilidad psicológica y emocional requerida y la cooperación activa con el paciente para que los estados emocionales agudos no impidan una intervención oportuna.

La valoración psicológica permite seleccionar a los pacientes que son candidatos al TCH y evaluar su competencia para entender y consentir el trasplante, enfrentar el proceso y conocer los aspectos a enfatizar, modular o rectificar en la preparación psicológica que debe llevarse a cabo en caso de ser seleccionado como posible receptor.

Dentro de la evaluación psicológica es necesario describir y determinar las características de personalidad, ya que en la adolescencia se comienzan a cimentar, por lo cual es posible hablar de rasgos más que de una personalidad ya establecida, a fin de conocer la forma de reaccionar del paciente ante diversos estímulos. De la misma manera, es importante saber si existe la probabilidad de que el paciente exhiba alguna manifestación psicótica a consecuencia de la prolongada estancia hospitalaria y el aislamiento, ya que es un factor que contraindica la realización del trasplante de forma definitiva o hasta que el paciente sea sometido a un tratamiento psicológico o psiquiátrico.

Durante el procedimiento, como consecuencia de los tratamientos antineoplásicos e inmunosupresores, se afecta la imagen corporal de los adolescentes, lo que causa muchas veces sentimientos negativos sobre las características y funciones de su cuerpo, preocupación con los cambios y sentimientos de vergüenza, lo que hace indispensable determinar el nivel de autoestima para diseñar estrategias de apoyo psicológico en el paciente adolescente.

Es también importante evaluar el estado de ánimo, pues el proceso de aislamiento y la enfermedad en sí pueden generar ansiedad y depresión. Asimismo, se debe evaluar el apoyo social y familiar –tanto el percibido como el real, sobre todo cuando se trata de un trasplante alogénico– porque se ha demostrado que contar con redes de apoyo social y familiar tiene un considerable beneficio en los enfermos con padecimientos crónico-degenerativos. El hecho de recibir apoyo de las personas queridas permite al adolescente sentirse mejor en la proximidad de los familiares y de los amigos, con quienes puede compartir sus experiencias. Las personas en estrecha convivencia con el enfermo tienen un papel decisivo, pues muchas veces es el miedo de ser rechazado por los demás lo que impide que muchos pacientes se consideren

como “seres coexistentes con otros seres” (Barbosa, Aguillar y Boemer, 1999).

Otro importante aspecto a evaluar es el intelectual (cognitivo) ya que el paciente debe ser capaz de comprender la información respecto a la enfermedad, tratamientos, trasplante, aislamiento y cuidados previos y posteriores al trasplante. La capacidad intelectual permite que, a partir de una determinada información, los procesos intelectuales se ocupen de combinar, clasificar y organizar los elementos que la constituyen con el objeto de emitir una conducta adecuada y congruente con las demandas del ambiente (Alcázar, Bazán, Rojano y cols., 2001).

La adherencia terapéutica durante el procedimiento es determinante. La falta de apego al tratamiento ocasiona complicaciones que pueden contribuir a un mal resultado y al desarrollo de lesiones crónicas (Ishitani, Isaacs, Norwood, Nock y Lobo, 2000; Shaw, Palmer y Blasey, 2003; Smith y McDonald, 2005).

La importancia de los aspectos psicológicos en el TCH se refleja en las disposiciones de la Norma Oficial de la Federación, que señala que los establecimientos de salud que realizan actos de disposición de órganos y tejidos con fines de trasplante deberán tener en el comité de selección a un psiquiatra o psicólogo. De acuerdo a la Ley General de Salud (Diario Oficial de la Federación, 1984), se consideran como criterios de inclusión para los pacientes candidatos a trasplante tener capacidad de comprensión, ser consciente de los riesgos del trasplante y de la probabilidad de fracaso, mostrar adherencia a los tratamientos, haber aceptado por su propia voluntad la realización del trasplante, no presentar cuadros psicopatológicos y tener entrenamiento para tolerar el aislamiento.

El Hospital Regional Universitario “Carlos Haya”, en Málaga, España (2001), considera indispensable una evaluación psicológica debido a que existen aspectos psicológicos asociados a las alteraciones físicas que imponen las enfermedades crónicas y las características de cada una de sus fases; el paciente tiene que adaptarse a una serie de procedimientos, diagnósticos y diversas complicaciones que conllevan cambios en el estilo de vida y provocan alteraciones en el entorno familiar, social y ético, lo que genera un desajuste psicológico.

La batería de pruebas psicológicas propuesta por Rodríguez, Lucero y Vía (s/f) para evaluar a los posibles candidatos del TCH incluye las siguientes:

- Entrevista clínica.
- Inventario Multifacético de la Personalidad (MMPI).
- Dibujo de la Figura Humana.
- Test de Completación de Frases de J. Rotter.
- Test de Matrices Progresivas (RAVEN)
- Test de Inteligencia no Verbal (WEIL).
- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE).
- Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE).
- Test Gestáltico Visomotor de Bender.
- Inventarios de Depresión de Beck.
- Prueba de Zung y Conde.
- Test de Vulnerabilidad Psicosocial o de Vulnerabilidad al Estrés.
- Estilos de Afrontamiento.
- Prueba de Calidad de Vida y Bienestar Psicológico.
- Escala Dembo de Rubinstein.
- Inventario de Autoestima.

- Pruebas metódicas para evaluar memoria y el pensamiento.
- Test de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL).
- Prueba 16 PF.
- Cornell Index.
- Técnicas abiertas para explorar proyectos de vida, motivos, expectativas y aspiraciones con relación al estado de salud y tratamiento.

Llevar a cabo esta batería en la condición médica en la que se encuentra el paciente resulta desgastante, por lo que, considerando las características de esta población, en el presente trabajo se propone una batería de pruebas más breve, pero no por ello menos idónea para determinar la condición psicológica del candidato a TCH.

Para determinar la condición emocional del paciente adolescente en protocolo de TCH se propone utilizar la batería de Medicina Basada en Evidencia (Jenicek, 1999), la que incluye una entrevista semiestructurada, una valoración clínica y una serie de instrumentos seleccionados con base en su validez y confiabilidad y ciertos aspectos relacionados con la condición psicológica necesaria para lograr un TCH (Cuadro 1).

Cuadro 1. Descripción de los instrumentos de evaluación psicológica y su relación con el TCH.

Instrumentos	Aspectos que evalúa la prueba	Aspectos relacionados con la condición psicológica en el TCH
Entrevista semiestructurada para pacientes en protocolo de TCH	Comprende secciones tales como datos socio-demográficos, familiares y de apoyo social; información con la que cuenta el paciente acerca del procedimiento de trasplante; riesgos, alternativas de tratamiento, cuidados, adherencia al tratamiento médico e información sobre su enfermedad. Otros aspectos que se indagan son la motivación del paciente y del donador hacia el trasplante, antecedentes psiquiátricos de importancia, estilos de afrontamiento, autocontrol y capacidad de adaptación del paciente.	Permite determinar si el paciente presenta algún limitante que pueda influir de manera significativa e incluso definitiva el TCH, pues es necesario que el paciente esté consciente de sus riesgos y beneficios, de la motivación suficiente para el trasplante, de conocer la dinámica familiar y su relación afectiva, así como la adherencia terapéutica que muestra el paciente, las estrategias que suele utilizar para adaptarse a una nueva condición médica y que estará en constante cambio, principalmente durante el aislamiento.
Test de Ansiedad (IDARE)	Instrumento que puede ser aplicado en adultos y adolescentes, sanos o con trastornos psiquiátricos, individual o colectivamente; aunque no tiene tiempo límite de aplicación, el promedio es de 20 minutos en total. Mide ansiedad como rasgo y estado: <i>Estado:</i> Capacidad de organización de la respuesta ante un evento. <i>Rasgo:</i> Modo habitual de adaptación de la persona ante el medio (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975).	Determina si la ansiedad que presenta el paciente se debe a un rasgo de personalidad o a una respuesta ante un evento presente que sobrepasa los recursos personales del paciente y que provoca sintomatología ansiosa.

Continúa...

Inventario de Depresión de Beck	Cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple y que se utiliza para medir la severidad de una depresión y su aproximación al juicio clínico (Steer, Brown y Beck, 1996; cfr. Jurado, Villegas, Méndez y Rodríguez, 1998).	Determina la existencia y grado de depresión del paciente ya que es una de las patologías más frecuentes en pacientes con enfermedades crónicas; si no es detectada y manejada, podría afectar severamente el proceso de trasplante, tanto por la preparación postrasplante como por el periodo de aislamiento.
Cuestionario de 16 Factores de Personalidad (16 PF)	Proporciona información acerca de la posición de un individuo en la mayoría de los factores primarios de la personalidad: calidez, inteligencia, fortaleza de sí mismo, dominio, impulsividad, conformidad con el grupo, audacia, idealismo, suspicacia, imaginación, astucia, propensión a la culpa, rebeldía, autosuficiencia, compulsividad y ansiedad libremente flotante. Aplicación para adolescentes y adultos (Cattell, 1957).	Determina las características de la personalidad; es importante para establecer si existe la probabilidad de que el paciente pueda presentar algún evento psicótico a consecuencia de la prolongada estancia hospitalaria y el aislamiento, ya que de ser éste el caso sería un factor que contraindicara la realización del trasplante.
Cuestionario sobre el Estado de Salud (SF-36)	Contiene 36 preguntas que abordan diferentes aspectos relacionados con la vida cotidiana del paciente y dan lugar a ocho dimensiones: funcionamiento físico, limitación por problemas físicos, dolor corporal, funcionamiento o rol social, salud mental, limitación por problemas emocionales, vitalidad, energía o fatiga y percepción general de la salud. Aplicable tanto para la población general como para pacientes con una edad mínima de 14 años (Ware y Gandeka, 1998) (cfr. Zúñiga, Carrillo, Fos, Gandek y Medina-Moreno, 1999).	Determina la existencia de algún limitante físico, emocional o social que pueda afectar la motivación permanente que debe haber en el paciente durante el proceso pre y postrasplante y en el periodo de aislamiento, que a su vez afectaría la adherencia terapéutica a seguir para el TCH.
Escala de Autoestima de Rosenberg	Esta escala evalúa la autoestima en forma global, es decir, como un nivel general de autoestima a diferencia de otros instrumentos que evalúan dimensiones particulares de la autoestima. Asimismo considera a la autoestima como un rasgo relativamente estable: si una persona tiene una alta autoestima hoy, probablemente la tendrá mañana. Desde este punto de vista, la autoestima es estable porque se desarrolla en el tiempo a través de experiencias personales, tales como ser continuamente valorado por otros significativos. (Rosenberg, Schooler, Schoenbach y Rosenberg, 1995).	Útil para conocer si los efectos de los tratamientos hematológicos pre y postrasplante afectan el nivel de la autoestima del paciente adolescente debido a que en esta etapa de la vida es muy representativa la imagen corporal debido a la necesidad de pertenencia de un grupo.
Test de Agilidad Mental (BARSIT)	Evalúa la aptitud para aprender a partir de factores de inteligencia verbal, razonamiento numérico, elementos cognoscitivos, lógico-verbales y de información general. Aplicable a partir del tercer grado de primaria y adultos (cfr. Del Olmo, 1998).	Evalúa en general la capacidad intelectual que permite al paciente recibir la información suficiente respecto al proceso de TCH y, con ello, combinar, clasificar y organizar los elementos que constituyen la emisión de una conducta o comportamiento.
Miniexamen Cognoscitivo (MEC)	Se utiliza sobre todo para detectar y evaluar la progresión del trastorno cognitivo asociado a enfermedades neurodegenerativas y el funcionamiento cognitivo basado en cinco apartados: orientación, memoria de fijación, concentración y cálculo, recuerdo diferido, y lenguaje y construcción (Lobo, 2001).	Determina la función cognitiva específica que afecta la comprensión e integración de la información indispensable para promover el adecuado proceso de adaptación a enfermedad, contexto hospitalario y tratamientos y cuidados que requiere el TCH.
Test Gestáltico Visomotor de Lauretta Bender	Test útil en la exploración del desarrollo de la inteligencia infantil y en los diversos diagnósticos clínicos de discapacidad mental, afasia, desórdenes cerebrales orgánicos, psicosis, etc. También se emplea para explorar el retraso, la pérdida de función y los defectos cerebrales orgánicos en adultos y niños (Bender, 1938).	Permite determinar si el paciente presenta alguna afectación orgánica que pudiera verse manifestada o exacerbada durante la evaluación pretrasplante que haría imposible la adaptación adecuada al proceso durante el aislamiento por las condiciones emocionales que requiere para tolerar el poco contacto sociofamiliar y las actividades cotidianas.

La necesidad de determinar las condiciones psicológicas en las que se encuentra un paciente adolescente en protocolo de TCH de una manera eficiente y rápida, sin olvidar las condiciones médicas, efectos de los tratamientos y visitas programadas que tiene los pacientes en el Servicio de Hematología, hace recomendable el empleo de instrumentos psicológicos ya validados en población mexicana que permiten determinar con claridad los aspectos involucrados en el proceso previo al trasplante. En la entrevista semiestructurada diseñada para el protocolo de trasplante de células hematopoyéticas se considera importante evaluar los siguientes aspectos: capacidad intelectual, procesos afectivos y vulnerabilidad al estrés, sistema de apoyo social (real y percibido), funcionamiento familiar, mecanismos de afrontamiento personales y familiares, recursos personológicos, actitud hacia el trasplante (conocimientos, ideas, mitos, etc.), estado afectivo, trastornos en la expresión conductual de las necesidades, esfera conativa (necesidades sexuales, de alimentación, de sueño, etc.). La selección de los instrumentos de evaluación psicológica se lleva a cabo con el fin de determinar los factores psicosociales que interfieren en la eficacia del procedimiento, la capacidad de adaptación y adhesión al tratamiento, la esfera de la personalidad, el funcionamiento cognitivo, el apoyo sociofamiliar y el nivel de calidad de vida. Además de explorar la etiología de la enfermedad, es preciso valorar el impacto de la enfermedad, el nivel de conocimientos, las razones de la decisión del paciente para someterse al TCH, los antecedentes de trastornos mentales y del comportamiento personales y familiares, las relaciones sociales, intereses, inquietudes y estilo de vida, la evaluación de la vulnerabilidad, la autoestima, el afrontamiento de la enfermedad actual, los síntomas psicopatológicos, la esfera cognitiva y las expectativas acerca del trasplante.

Considerando los elementos antes mencionados, la propuesta para la evaluación psicológica de los pacientes adolescentes candidatos a TCH incluye una entrevista semiestructurada para pacientes en protocolo de TCH desarrollada dentro del Servicio de Psicooncología, así como los siguientes instrumentos psicológicos:

- IDARE.
- Inventario de Depresión de Beck.
- Cuestionario 16 PF.
- Cuestionario SF-36.
- Escala de Autoestima de Rosenberg.
- Test de Agilidad mental BARSIT.
- Miniexamen Cognoscitivo (MEC).
- Test Gestáltico Visomotor de Bender.

Los resultados de esta evaluación se reportan en un formato (ver Anexo) diseñado para presentarlos en el Comité de Trasplantes, el cual consta de los siguientes rubros:

- 1) Ficha de identificación con los datos generales del paciente (nombre, número de expediente, edad, género, estado civil, fecha de nacimiento, lugar que ocupa en la familia, dirección y teléfono, religión, escolaridad, fecha de ingreso a psicooncología y fecha de aplicación de pruebas psicológicas).
- 2) Reporte de pruebas psicológicas.
- 3) Resultado de la integración de la evaluación clínica y psicométrica (evaluación clínica, integrada por entrevista y examen mental y reporte de pruebas psicológicas en las áreas cognoscitiva, intelectual, emocional y de personalidad).
- 4) Diagnóstico DSM- IV-R (cinco ejes), o bien CIE-10 ya que son los criterios diagnósticos que enmarca la teoría psicológica cognitivo-conductual. Dentro del sistema de salud se consideran solo estos manuales de criterios diagnósticos para realizar clasificaciones epidemiológicas y etiológicas de los padecimientos psicológicos y emocionales.
- 5) Conclusiones y sugerencias para establecer y diseñar un programa de intervención para fortalecer la adaptación al proceso previo y posterior al trasplante, o bien para atender las variables psicológicas que se detectaron en la evaluación psicológica y que se consideran no aptas para el TCH.

Una vez realizada la integración y análisis de los resultados de los instrumentos de evaluación psicológica, se establece el dictamen psicológico para determinar si el paciente adolescente se encuentra en condiciones emocionales para ser sometido al TCH.

Dentro de los criterios de selección se consideran tres categorías (Rodríguez y cols., s/f):

Aptos para el trasplante. Se incluyen en esta categoría los pacientes que, aunque no presentan alteraciones psíquicas, deben ser atendidos desde el punto de vista psicológico. Conociendo su nivel intelectual, la valoración que tienen de su estado de salud, las expectativas respecto al trasplante y las metas que se trazan en congruencia con lo anterior, se hace necesario prepararlos psicológicamente, de modo que se fortalezcan sus mecanismos de autorregulación personal.

De difícil manejo. Se incluyen pacientes que si bien no tienen un diagnóstico de enfermedad psíquica severa, manifiestan alteraciones emocionales o problemas familiares o sociales que deben ser conocidos por todo el equipo interdisciplinario para poder abordarlos con un criterio uniforme y objetivo.

No aptos para el trasplante. En esta categoría se incluyen los pacientes que padecen retraso mental, desajustes psíquicos severos o ausencia de apoyo social, drogadicción o alcoholismo activos. Lo anterior apoya lo sugerido por Strouse, Platt, Francis y Bree (1996), quienes proponen como contraindicaciones psicosociales absolutas el abuso de sustancias, un trastorno psicótico que pueda dificultar la comprensión o el cumplimiento del tratamiento, el rechazo de la alternativa de trasplante y la presencia de ideación suicida

DISCUSIÓN

Los programas de trasplante requieren de un trabajo multi y trasdisciplinario; la evaluación de los aspectos psicológicos del paciente son una de las piezas vitales en la preparación pre y postrasplante. Los pacientes sometidos a trasplante suelen experimentar sentimientos ambivalentes; por una parte, éste representa la posibilidad de recuperar la salud y, por otra, constituye una fuente generadora de temor e incertidumbre ante la posibilidad de complicaciones (Rodríguez y cols., s/f). 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, trastornos sexuales y demás. Adicional-

mente, 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.

Dado que, de acuerdo a Rojas, Alvarado, Calderón y Ochoa (2008), los pacientes durante el trasplante de médula ósea pueden experimentar alteraciones psicológicas como irritación, ansiedad severa, estado de ánimo deprimido e insomnio, la evaluación psicológica 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.

Es bien conocido que la adolescencia es una de las etapas de cambio más importantes del ser humano debido a que no solo ocurren cambios físicos, hormonales, emocionales sociales y familiares que provocan en el adolescente una serie de desajustes a los que se tiene que someter; si a ello se agrega una enfermedad, la situación se vuelve aún más compleja para él y su medio inmediato, razón por la que es importante evaluar los procesos que el adolescente vive, ya que en caso de sufrir una enfermedad dichas variables pueden influir en el bienestar psicológico necesario para el éxito del TCH.

El énfasis de esta propuesta está en plantear los instrumentos que permitan una evaluación adecuada de los aspectos psicológicos en pacientes adolescentes, para lo cual es necesario tomar en cuenta las condiciones médicas. El estado médico del adolescente que es sometido a TCH puede limitar la aplicación de pruebas psicológicas debido a que los instrumentos de evaluación tradicionalmente utilizados son extensos y a que el paciente se encuentra física y emocionalmente desgastado; sin embargo, es de suma importancia determinar sus condiciones psicológicas debido a que, independientemente de cual sea la condición psicológica desadaptativa, puede contraindicar la realización del trasplante.

En el presente trabajo se ha propuesto una batería psicológica en la que se evalúan esos procesos y se considera el estado en el que se encuentran los pacientes adolescentes en este periodo. La evaluación incluye una entrevista semiestructu-

rada, una historia clínica psicooncológica que incluye la evaluación del estado mental y ocho pruebas psicológicas que pueden determinar la condición psicológica en los pacientes adolescentes en un protocolo de THC.

Cabe señalar también que, en caso necesario, se requiere el diseño de un plan de intervención breve enfocado a solucionar en la medida de lo posible las alteraciones emocionales desadaptativas que puedan contraindicar el trasplante, o bien fortalecer las estrategias adaptativas que el paciente adolescente ha desarrollado durante el proceso de enfermedad hematológica crónica y que le permitirán afrontar de forma más adecuada el proceso de TCH. Pese a ello, hay que enfatizar el monitoreo frecuente del estado emocional del paciente adolescente debido a que es en esta etapa cuando sufre una serie de cambios importantes de estado de

ánimo, afectos, vinculación con figuras parentales representativas e identidad personal y de pertenencia.

Por lo anterior, debe considerarse la necesidad de diseñar planes de intervención psicológica dependiendo de las necesidades del paciente en la fase previa al trasplante, sin dejar de lado las condiciones mismas del trasplante y el periodo posterior, bajo el marco teórico psicológico cognitivo-conductual debido a que es más focalizado y directivo ante los objetivos terapéuticos establecidos.

Finalmente, es importante enfatizar que cada una de las etapas del desarrollo del ser humano tiene sus propias necesidades y requerimientos, por lo que se sugiere contar con los instrumentos de evaluación psicológica necesaria en el protocolo de THC de acuerdo a las etapas cronológicas que atraviesan los pacientes.

REFERENCIAS

- Alcázar, J., Bazán, A., Rojano, L., Rubio, S., Mercado, D. y Reynoso, L. (2001). Valoración psicológica para trasplante renal. *Revista del Hospital Juárez de México*, 68(1), 19-23.
- Andrykowski, M.A. y McQuellon, R.,P. (1998). Bone marrow transplantation. En J. C. Breitbart, W. Holland y P. B. Jacobsen (Eds.): *Psycho-Oncology* (pp. 289-299). New York: Oxford University Press.
- Arrarás, J.I., Arias, F. y Arbizu, J.P. (1998). Calidad de vida en los pacientes con trasplante de médula ósea. *Medicina Clínica*, 110(15), 582-586.
- Asociación Mexicana de Lucha Contra el Cáncer (2009). *Cáncer infantil*. Disponible en línea: <http://www.amlcc.org/elcancer06.html>
- Barbosa, J.C., Aguillar, O.M. y Boemer, M.R. (1999). Significado de convivir con a insuficiencia renal crônica. *Revista Brasileira Enfermagem*, 52(2), 293-302.
- Bender, L. (1938). *A visual motor gestalt test and its clinical use*. New York: The American Orthopsychiatric Association.
- 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.
- Cattell, R.B. (1957). *Personality and motivation structure and measurement*. New York, NY: World Book.
- Cuéllar F. (1990). Trasplante de medula ósea: un tratamiento para los años 90's. *Cirugía*, 5(1), 46-49.
- Del Olmo, F. (1998). *Test de Inteligencia Barranquilla BARSIT*. México: El Manual Moderno.
- Diario Oficial de la Federación (1984). *Ley General de Salud*. Disponible en línea: http://www.cenatra.salud.gob.mx/descargas/contenido/normatividad/Ley_General_Salud.pdf (Recuperado el 1 de diciembre de 2009).
- Hospital Regional Universitario "Carlos Haya" (2001). *Protocolo de Trasplante Hepático*. Disponible en línea: http://www.bago.com/bolivia/html/doc_pdf/protocolohepatico.pdf (Recuperado el 31 de enero de 2011).
- Ishitani, M., Isaacs, R., Norwood, V., Nock, S. y Lobo, P. (2000). Predictors of graft survival in pediatric living-related kidney transplant recipients. *Transplantation*, 70, 288-292.
- 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.
- Jenicek, M. (1999). *Clinical case reporting in evidence based medicine*. London: Butterworth-Heinemann.
- Jurado, S., Villegas, L., Méndez, F. y Rodríguez, F. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3). Disponible en línea: www.inprf_cd.org.mx (Recuperado el 27 de abril, 2010).

- Lesko, L.M. (1993). Psychiatric aspects of bone marrow transplantation. Part I: Special issues during pre-transplant assessment and hospitalization. *Psychooncology*, 2, 161-183.
- Lobo, A. (2001). Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. *Interspiquis*. Disponible en línea: <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/20/2518/?++interactivo> (Recuperado el 27 de abril de 2010).
- McQuellon, R.P., Craven, B., Russell, G.B., Hoffman, S., Cruz, J.M., Perry, J.J. y Hurd, D.D. (1996). Quality of life in breast cancer patients before and after autologous bone marrow transplantation. *Bone Marrow Transplant*, 18, 579-584.
- Reynoso, L. y Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud: un enfoque conductual*. México: El Manual Moderno.
- 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/mppm/documentos/PSICOLOGIA/PA/ATENCION%20PSICOLOGICA%20EN%20TRASPLANTES.pdf> (Recuperado el 1 de abril de 2010).
- 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.
- Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C. y Rosenberg, F. (1995). Global self-esteem and specific self-esteem. *American Sociological Review*, 60, 141-156.
- Rusiewicz, A., Duhamel, K.N., Burkhalter, J., Ostroff, J., Winkel, G., Scigliano, E. y cols. (2008). Psychological distress in long-term survivors of hematopoietic stem cell transplantation. *Psychooncology*, 17, 329-337.
- Sasaki, T., Akaho, R., Sakamaki, H., Akiyama, H., Yoshino, M. y Hagiya, H. (2000). Mental disturbance during isolation in bone marrow transplant patients with leukaemia. *Bone Marrow Transplant*, 25, 315-318.
- Shaw, R.J., Palmer, L. y Blasey, C. (2003). A typology of non-adherence in pediatric renal transplant recipients. *Pediatric Transplantation*, 7, 489-493.
- Smith, J.M. y McDonald, R.A. (2005). Renal transplantation in adolescents. *Adolescent's Medicine*, 16, 201-214.
- Spielberger, Ch.D. y Díaz-Guerrero, R. (1975). *IDARE, Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado*. México: El Manual Moderno.
- Steer, R.A., Brown, A.G. y Beck, A.T. (1996). *BDI-II: Beck Depression Inventory* (2a. ed.). San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Strouse, P.J., Platt, J.F., Francis, I.R. y Bree, R.L. (1996). Tumorous intrahepatic lymphoproliferative disorder in transplanted livers. *American Journal of Roentgenology*, 167, 1159-1162.
- 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.
- Ware Jr., J.E. y Gandeka, B. (1998). Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 903-912.
- 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.
- Zabora, J.R., Seddon, C.F., Wingard, J.R., Baker, F., Wingard, J. y Curbow, A. (1990). Psychosocial distress following bone marrow transplantation. *Proceedings of the American Society of Clinical Oncology*, 9, 1189.
- Zúñiga, M.A., Carrillo J., G., Fos, P., Gandek, B. y Medina-Mora, M.E. (1999). Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Salud Pública de México*, 41(2), 110-118.

ANEXO**Formato de reporte de informe psicológico
para protocolo de trasplante de células hematopoyéticas
(Confidencial)**

Fecha: _____

I. FICHA DE IDENTIFICACION:

Nombre del paciente: _____ Num. de expediente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Escolaridad: _____

Lugar que ocupa en la familia: _____ Estado civil: _____

Dirección y teléfono: _____

Religión: _____

Fecha de ingreso a Psicooncología _____

Fecha de aplicación de pruebas psicológicas _____

II. BATERÍA DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

1. Valoración clínica.
2. Entrevista semiestructurada para trasplante de médula ósea
3. Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado
4. Inventario de Depresión de Beck
5. Cuestionario de 16 Factores de Personalidad
6. Cuestionario SF-36 sobre el estado de salud
7. Test de Agilidad Mental BARSIT
8. Miniexamen Cognoscitivo (MEC)
9. Test Visomotor de Lauretta Bender

III. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN CLÍNICA Y PSICOMÉTRICA**Evaluación clínica:**

- Examen mental
- Comprensión de la enfermedad y los tratamientos
- Motivos y expectativas ante el TCH
- Aspectos sociofamiliares

Reporte de pruebas psicológicas por área:

- Cognoscitiva
- Inteligencia
- Personalidad
- Emocional

IV. DIAGNÓSTICO DSM-IV-R o CIE-10 _____**V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:**

Por lo anterior, y de acuerdo a la evaluación psicológica, se concluye que el candidato es _____ para ser sometido a trasplante de médula ósea.

Nombre y firma del psicólogo responsable de la evaluación
