



Esperanza como Factor Protector de Crecimiento Postraumático en Pacientes con Trasplante Médula Ósea

Resumen. El trasplante de médula ósea (TAMO) puede ayudar a curar el cáncer, pero los riesgos que implica constituyen una amenaza para la vida. No obstante, a partir de esta experiencia traumática, un paciente puede desarrollar un crecimiento positivo respecto a su estado anterior y una variable que lo favorecería es la esperanza, un estado de ánimo positivo en el que el trasplante representa expectativa para alcanzar lo que se desea. El presente trabajo se propuso establecer relaciones entre niveles de desesperanza previos al TAMO y grado de Crecimiento Postraumático (CPT) alcanzado según el tiempo transcurrido luego del TAMO, en pacientes onco-hematológicos. La población fue de 64 pacientes que recibieron TAMO en Sanatorio Allende Córdoba, conformados por tres grupos (I: inmediatamente; II: entre 55 y 100 días y III: más de un año). Se aplicaron Escala de Desesperanza de Beck e Inventario de CPT de Tedeschi y Calhoun. El análisis se realizó con el programa SPSS. Los resultados evidencian asociación significativa entre los niveles de desesperanza y el grado alcanzado en las dimensiones de CPT mayor riqueza espiritual y existencial en los tres grupos y mayor apreciación por la vida en el grupo de pacientes trasplantados con un año o más.

Abstract. Bone marrow transplantation (ABMT) can help cure cancer, but the risks involved are life-threatening. However, from this traumatic experience, a patient can develop positive growth compared to his previous state and a variable that would favor it is hope, a positive mood in which the transplant represents expectation to achieve what is desired. The present work aimed to establish relationships between levels of pre-ABMT hopelessness and Post-Traumatic Growth (CPT) reached according to the time elapsed after ABMT in onco-hematologic patients. The population was 64 patients who received ABMT in Allende Córdoba Sanatorium, made up of three groups (I: immediately, II: between 55 and 100 days and III: more than one year). Beck's Hopelessness Scale and the Tedeschi and Calhoun CPT Inventory were applied. The analysis was performed with the SPSS program. The results show a significant association between the levels of hopelessness and the degree reached in the dimensions of CPT greater spiritual and existential richness in the three groups and greater appreciation for life in the group of patients transplanted with a year or more.

1. Introducción

En los desafíos de los desarrollos científicos y tecnológicos actuales, se asiste y se accede a nuevos procedimientos para combatir enfermedades hasta hace poco tiempo incurables. El trasplante de médula ósea es uno de esos procedimientos. Representa una de las tres posibles formas de realizar injerto de células madre. Las células madre son células sanguíneas inmaduras que se encuentran en la médula ósea y en la sangre, y aun cuando tienen el mismo origen que las demás, pueden madurar en cualquiera de todos los tipos de células sanguíneas.

Los trasplantes de células madre, incluyendo los trasplantes de sangre periférica, médula ósea y sangre del cordón umbilical, pueden ayudar a tratar y hasta curar el cáncer. Casi siempre se usan para los cánceres que afectan la sangre o el sistema inmunitario, tales como leucemia, linfoma o mieloma múltiple y son utilizados para reponer la médula ósea del cuerpo que ha sido destruida por el

Valentini, Aurora Beatriz ^a, Di Marco, Patricia Cecilia ^a

^a Secyt, Facultad de Psicología y Escuela de Tecnología Médica, FCM, UNC. Sanatorio Allende.

Palabras claves

Cáncer; Autotrasplante de médula ósea; Desesperanza; Esperanza; Crecimiento postraumático.

Keywords

Cancer; Autologous bone marrow; hopelessness Hope; Growth posttraumatic.

Enviar correspondencia a:

Valentini, A.B.

E-mail:

aurorabvalentini@gmail.com

cáncer o por la quimioterapia y/o la radiación usada para tratarlo. Las células madre viven principalmente en la médula ósea, la parte interior esponjosa de ciertos huesos, donde se dividen para la producción de nuevas células sanguíneas que una vez maduras, salen de la médula ósea y entran al torrente sanguíneo circulando por todo el cuerpo. La médula ósea se extrae al paciente, luego se filtra y almacena en bolsas en una solución especial y luego se congela. Cuando la médula va a ser utilizada, se descongela y luego se coloca en la sangre del paciente a través de una vena, igual que una transfusión de sangre. Las células madre viajan a la médula ósea del receptor, donde se injertan y comienzan a producir células sanguíneas. Por lo general, los indicios de nuevas células sanguíneas se pueden medir en los análisis de sangre de los pacientes en aproximadamente 2 a 4 semanas (American Society of Clinical Oncology, 2016).

Existen tres tipos básicos de trasplantes que se denominan en función de la fuente de donde provienen las células madre: autólogo o autotrasplante: las células provienen de la misma persona; alogénico o alotrasplante: las células provienen de un donante compatible con o sin parentesco con el paciente; y singénico o isotrasplante: las células provienen de su hermano(a) gemelo(a) o trillizo(a) idéntico (National Cancer Institute, 2016).

El trasplante de médula ósea autólogo (TAMO) forma parte de este estudio. Se trata de un proceso terapéutico que consta de varias fases y cada una de ellas ocasiona al paciente y su familia diferentes necesidades y reacciones psicológicas (Bellver y Moreno, 2009). Aunque un trasplante de células madre puede ayudar y hasta brindar la posibilidad de cura a algunos pacientes con cáncer, la decisión de llevarlo a cabo no es fácil. Los posibles riesgos y complicaciones de un trasplante también representan un peligro para la vida. Además de los trastornos físicos que implica este procedimiento, podría ser que también tenga sentimientos de angustia, ansiedad, depresión, júbilo o enojo. Desde los comienzos de la investigación en el área, se describe el significativo distrés que provoca el TAMO a los pacientes y sus familias (Zabora et al, 1992). La adaptación emocional después de suministrar las células madre puede ser difícil debido a la cantidad de tiempo que se siente mal y aislado de los demás. Durante este tiempo, puede sentirse emocionalmente desestabilizado. El apoyo y el ánimo de familiares y amigos, así como del equipo a cargo de hacer el trasplante, es muy importante para sobrellevar los retos de dicho procedimiento.

A partir de lo anterior, el TAMO es considerado como un evento traumático, por su potencial naturaleza desbordante y desestabilizadora psicológicamente para el paciente, de alta intensidad y que pone en cuestión esquemas básicos. Se define como el resultante de una acción agresiva que produce una ruptura, perturbación o alteración (Dubourdieu, 2011). Este evento no afecta a todos por igual (Vázquez, C., Castilla, C. y Hervás, G., 2009). En algunos podrá representar quedarse en el trauma y en otros podrá generar buen ajuste y hasta fortalecimiento, generando crecimiento postraumático (CPT). Éste es el resultado del proceso de lucha que pone en marcha el sujeto expuesto a la situación traumática para superarla y salir lo más fortalecido posible, aun cuando no sea la remisión de la

enfermedad o el éxito del TAMO el resultado de tales estrategias. CPT implica la adquisición de un cambio psicológico positivo que lo lleva a percibir que está en una situación mejor respecto a la que se encontraba antes de ocurrir el suceso. Además, sirve para desarrollar nuevas habilidades de afrontamiento extensibles a otras situaciones estresantes, aumentar recursos, establecer prioridades y reconocer el valor de los vínculos (Calhoun y Tedeschi, 2004, Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

De acuerdo a las apreciaciones de Acero Rodríguez (2011a), se ha observado que el crecimiento postraumático se va consolidando a medida que las personas dejan de estar estancadas en lo que les ha sucedido y logran integrar la experiencia adversa vivida, construyendo un significado que les permita proyectarse a futuro en su nueva realidad. Para muchas personas, el trauma constituye una amenaza al orden, a la estabilidad y previsibilidad de la propia vida, y su reorganización se torna difícil. Para otras, enfrentar el reto de reconstruir su proyecto de vida es un proceso valioso que vale la pena afrontar a pesar del dolor, ya que crecimiento personal no implica aceptación de la pérdida, resolución del duelo o el éxito del ajuste emocional (Acero Rodríguez, P.D., 2007).

El CPT es un constructo multidimensional. En la actualidad se pueden reconocer sus manifestaciones aplicando el Inventario de Crecimiento Postraumático de Tedeschi y Calhoun (1996), que evalúa cinco dimensiones:

Mayor apreciación por la vida: implica mayor valoración de pequeños detalles antes considerados intrascendentes o superfluos. Pasar de meditar sobre los aspectos negativos de la experiencia adversa para encontrar algún beneficio a partir de lo sucedido y concentrarse más en disfrutar el aquí y ahora.

Reconocimiento de nuevas posibilidades: implica darse la oportunidad de realizar cambios y encontrar nuevas posibilidades en los caminos de la vida, más realistas y adaptados a la situación. Reconocer que algunas metas deben ser reemplazadas y ser capaces de obtener otras que antes parecían inalcanzables.

Aumento de la sensación de fortaleza personal: incluye el sentimiento de confianza, seguridad y fuerza personal para manejar las situaciones que le toque vivir.

Relaciones interpersonales más significativas: consiste en la percepción de mayor demostración afectiva y conexión íntima con los otros y disposición empática con los que sufren. El cambio en esta dimensión podría promover el desarrollo y/o mantenimiento del apoyo social y emocional, considerado como uno de los más importantes factores de protección de los resultados negativos del trauma.

Mayor riqueza espiritual y existencial: incluye una transformación en la filosofía de vida. La experiencia del sufrimiento produce una ruptura en las ideas acerca del sentido de la vida y de la muerte, dando lugar a altos niveles de crecimiento personal, al lograr integrar nuevos esquemas en el sistema de sentido global de la persona. Las creencias espirituales y religiosas constituyen elementos

claves para que se produzcan estos cambios: modulan la actitud pre-trauma, guían y ayudan en la búsqueda y construcción de sentido a la experiencia para integrarla.

Son conocidos los efectos negativos de las experiencias con estímulos estresantes: su repercusión en la respuesta inmunológica y en la vulnerabilidad de la enfermedad han sido ampliamente estudiados por la psiconeuroendocrinología y son importantes en el proceso de lucha contra el cáncer. La bibliografía consultada muestra el alto nivel de prevalencia de la depresión a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud estima que el 10% de la población mundial padece alguna forma clínica de depresión, porcentaje que puede elevarse a 25% en caso de pacientes oncológicos (Del Pino Muriel, 2011), y se ha demostrado la alta asociación con la desesperanza (Rosenfeld et al, 2004).

La desesperanza (Beck, Weissman et al., 1974), es entendida como la vivencia de que todo está perdido y el esfuerzo es inútil. Es un constructo psicológico muy importante para comprender el proceso de adaptación a la enfermedad del paciente porque se ha demostrado su alta asociación con la depresión (Rosenfeld et al, 2004). Implica una orientación del sujeto hacia el fracaso, con la tendencia a considerar las experiencias como irresolubles y con dificultades para integrar experiencias exitosas que puedan contradecir la visión negativa que la persona tiene de sí. Holland y Lewis (2003) la consideran una emoción devastadora que socaba profundamente la psique, llevándose las energías, los propósitos y las fuerzas para interactuar con los demás en momentos en que ello es muy importante.

Con el objetivo de realizar intervenciones específicas para mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos, se han venido realizando investigaciones relacionadas con la temática del trasplante de médula ósea (TAMO). Desde los estudios: *Factores protectores y vulnerables en pacientes oncológicos candidatos al autotrasplante de médula ósea* (Di Marco, P.C., Keegan, A.R. y Valentini, A.B., 2011), y *Estrategias de afrontamiento y crecimiento postraumático alcanzado a lo largo del tiempo en pacientes con autotrasplante de médula ósea* (Di Marco, P.C., et al, 2013), se fue obteniendo información que denotaba en los protocolos, que los pacientes oncológicos previamente a recibir el TAMO, presentaban bajos niveles de desesperanza. Este dato, junto a variables como la utilización de estrategias de afrontamiento resolutivas y la actitud ante el trasplante, operaban como importantes factores de protección y de posible relación con el CPT. Se podría considerar, que como estos pacientes aún no habían pasado por los efectos del TAMO, ponían en éste todas sus expectativas. El TAMO como alternativa de vida, conectaría, a esta población con altos niveles de esperanza que protegerían y colaborarían en asimilar y aceptar el ingreso a esta etapa del tratamiento. Por lo tanto, se destacó aquí la evaluación de la esperanza y su manejo terapéutico como un aspecto esencial, dado el impacto emocional que la enfermedad oncológica genera en los pacientes, en los familiares y allegados, incluyendo al equipo de salud. La esperanza admite la posibilidad de un cambio a través de todo el desarrollo ontogenético que conlleve un crecimiento personal ante el miedo (Llantá Abreu et al, 2005).

Es así que se torna de suma relevancia investigar acerca de la esperanza y la posible relación que ésta tendría para poder desarrollar crecimiento positivo o crecimiento postraumático, acorde al paso del tiempo desde el TAMO.

El término esperanza es definido en el diccionario (DRAE, 1992) como un estado de ánimo según el cual aparece como posible lo que se desea. Es un componente primordial en el desarrollo de las personas y generalmente no se asocia a eventos de contenido desagradable, pues en su esencia se encuentra dotada de espíritu positivo, de proyección de futuro, muy asociada a planes, metas y objetivos de vida.

Holland, J. y Lewis, S. (2003), sostienen la posibilidad de la coexistencia de reconocer la realidad de que el final de la vida puede estar cerca por la amenaza que genera la enfermedad y mantener al mismo tiempo viva una llama de esperanza, confiando en los avances del tratamiento contra el cáncer y en los beneficios que se obtienen del crecimiento de las terapias en diferentes dimensiones. Esperar algo incierto conlleva cierto sufrimiento, pero es un derecho vital, como uno de los factores más importantes para afrontar el diagnóstico con sus tratamientos.

2. Objetivos

2.1. Objetivo General

Establecer posibles relaciones entre los niveles de desesperanza previos al TAMO y el grado alcanzado en las dimensiones de CPT según el tiempo transcurrido luego del TAMO, en los pacientes onco-hematológicos, desde el enfoque de la psicoterapia integrativa Psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE).

2.2. Objetivos específicos

Determinar los niveles de desesperanza en los pacientes onco-hematológicos, previos al TAMO, según la Escala de Beck.

Identificar el grado alcanzado en las dimensiones de CPT en los pacientes onco-hematológicos, según el tiempo transcurrido luego del TAMO, mediante la administración del Inventario de CPT de Tedeschi y Calhoun.

Describir posibles relaciones entre los niveles de desesperanza y el grado alcanzado en las dimensiones de CPT, según el tiempo transcurrido desde el autotrasplante.

3. Metodología

Tipo de estudio: comparativo de cohortes descriptivo ex post facto longitudinal prospectivo simple (Montero y León, 2005).

Variables descriptivas principales

Desesperanza previa al TAMO. Variable independiente. Evalúa las expectativas de los sujetos de que ocurran acontecimientos negativos como también la imposibilidad percibida por ellos de realizar acciones para evitar que ocurran.

CPT alcanzado luego del TAMO. Variable dependiente. Evalúa cambios acaecidos luego de recibir el trasplante en cinco dimensiones: mayor apreciación por la vida, reconocimiento de nuevas posibilidades, aumento de la sensación de fortaleza personal, relaciones interpersonales más significativas y mayor riqueza espiritual y existencial.

Variable interviniente

Tiempo transcurrido desde el TAMO.

Variables secundarias (no desarrolladas en este trabajo)

Biomédicas: estado físico del paciente o performance y evolución médica durante y al finalizar TAMO, tratamientos médicos previos, nivel de toxicidad, complicaciones, días de internación y fin de la inmunosupresión o día de recuperación inmunológica.

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

3.1. *Participantes*

Población objetivo: pacientes onco-hematológicos que recibieron autotrasplante de médula ósea, atendidos en el Sanatorio Allende de la Ciudad de Córdoba.

Muestra: no probabilística intencional o dirigida de 64 sujetos. Conformada por tres grupos: 1) 24 casos evaluados inmediatamente al finalizar el TAMO, 2) 20 casos evaluados a los 55-100 días del TAMO y 3) 20 casos evaluados entre 1-3 años de realizado el TAMO. Criterios de inclusión: mayores de 21 años tratados con TAMO en el Sanatorio Allende.

3.2. *Instrumentos*

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

Entrevista clínica, para recabar datos psicosociales y de evolución médica para los datos biomédicos.

Escala de Desesperanza BHS, de Beck (1988). Indicadores de desesperanza (rango 0-20, donde: Nivel I: 0-3 ausencia, Nivel II: 4-8 leve, Nivel III: 9-14 moderado y Nivel IV: 15-20 alto).

Inventario de Crecimiento postraumático de Tedeschi & Calhoun (1996) en su actual adaptación al español en la población latinoamericana de Acero Rodríguez (2011 b). En la actualidad se está llevando a cabo una investigación acerca de las propiedades psicométricas de este instrumento

en nuestro medio. El Inventario lista 21 cambios positivos y para su evaluación consta de una escala tipo Lickert (rango 0-100), donde: Grado 1: 0-20 incipiente, Grado 2: 21-40 bajo, Grado 3: 41-60 moderado, Grado 4: 61-80 alto y Grado 5: 81-100 muy alto. El resultado señala el grado de cambio percibido en la vida, posterior al afrontamiento de un evento considerado traumático. Es decir, a mayor puntuación, mayor será el cambio percibido (Di Marco, et. al, 2013). El Inventario evalúa cinco dimensiones de cambio luego de atravesar algún evento traumático (Tedeschi & Calhoun, 1996), a saber: mayor apreciación por la vida, reconocimiento de nuevas posibilidades, aumento de la sensación de fortaleza personal, relaciones interpersonales más significativas y mayor riqueza espiritual y existencial.

3.3. Procedimiento

Luego de firmar el consentimiento informado, se aplicó la Escala de Desesperanza para evaluar a los pacientes previamente a recibir el trasplante de médula ósea. Realizado el trasplante, se aplicó el Inventario de Crecimiento Postraumático conforme a 3 cohortes o momentos predeterminados en los que se agrupó a los pacientes. Realizada la carga y análisis de datos mediante el programa estadístico SPSS se efectuó análisis descriptivo y de relación entre las variables.

4. Resultados

Para alcanzar los objetivos propuestos, en un primer momento se requirió **elucidar los niveles de desesperanza**, atendiendo a los indicadores que presentaban los pacientes onco-hematológicos, previos al TAMO, según las Escala BHS de Beck.

Para el análisis descriptivo de la variable desesperanza, se tomó la totalidad de los casos en su conjunto, ya que la variable que subdivide los grupos, es decir, el tiempo transcurrido desde el trasplante hasta la evaluación del CPT, no corresponde a este constructo, debido a que, en los 64 pacientes evaluados, el BHS fue administrado antes del trasplante.

Se observó que el 75% de los sujetos presentan nivel 1 (ausencia) de desesperanza, mientras que el 22 % presentan nivel 2 (leve). Es un dato interesante que no hay casos para niveles de desesperanza altos y sólo un 3% se clasifican en el último nivel (muy alto), indicando que la desesperanza se presenta en un nivel bajo en la población estudiada a nivel global. El análisis de los resultados por grupos se desarrolla en página 11.

Se requirió **connotar el grado de Crecimiento postraumático (CPT)** alcanzado en las dimensiones según el tiempo transcurrido desde el trasplante en los pacientes onco-hematológicos, mediante la administración del Inventario de CPT de Tedeschi y Calhoun.

Los resultados encontrados luego del análisis de la información recolectada acerca de los indicadores que evidenciaron las dimensiones que contempla el CPT, fueron:

Mayor apreciación por la vida: los niveles más altos fueron para el grupo III (90%) y los valores se asemejan en el grupo I y II.

Reconocimiento de nuevas posibilidades: los entrevistados evidenciaron nivel alto; manifestándose de modo bastante estable en los tres grupos estudiados, con mayor valor en el grupo I.

Aumento de la sensación de fortaleza personal: los entrevistados presentaron niveles altos semejantes en el grupo I y III, y en el grupo II están los valores más altos.

Relaciones interpersonales más significativas: más de la mitad de los entrevistados evidenciaron niveles alto y muy alto en todos los grupos. El mayor valor está en el grupo en recuperación (grupo II). El grupo I y III son semejantes entre sí.

Mayor riqueza espiritual y existencial: los niveles más altos son para el grupo III, el segundo lugar para el grupo II y el que menos cambios altos manifestó fue el grupo I.

El grupo I se destaca en aumento de la sensación de fortaleza personal. El grupo II en ésta y relaciones interpersonales más significativas. El grupo III también en esta dimensión y en mayor riqueza espiritual y existencial. En los tres grupos se destaca la dimensión mayor apreciación por la vida. Los grupos I y II tienen en común aumento de la sensación de fortaleza personal y los grupos II y III relaciones interpersonales más significativas y mayor riqueza espiritual y existencial. La dimensión reconocimiento de nuevas posibilidades tiene en todos los grupos valores altos en el 40 al 50% de la población.

Realizado el **análisis descriptivo de los valores que presentaban las dimensiones de CPT según el tiempo transcurrido desde el trasplante y de los indicadores de desesperanza**, se encontraron como resultados:

Grupo I presenta niveles de desesperanza mínimos en 71% de los pacientes. Se observa en los sujetos investigados en este grupo que, a menores niveles de desesperanza, mayor grado de CPT en todas las dimensiones, destacándose aumento en la sensación de fortaleza personal, reconocimiento de nuevas posibilidades, mayor apreciación por la vida y mayor riqueza espiritual y existencial.

Grupo II muestra nivel de desesperanza mínimo en 75% de los pacientes. Es de destacar, la misma tendencia que en el grupo anterior, a menor desesperanza mayor CPT, solo que el número de sujetos que muestran importante CPT es mayor. En relación con el gran número de sujetos que tienen mínima desesperanza, se observa alto CPT en la dimensión relaciones interpersonales más significativas, seguida por aumento de la sensación de fortaleza personal y mayor riqueza espiritual y existencial.

Grupo III presenta niveles de desesperanza mínimos en un gran porcentaje de los sujetos (80%). Es de destacar que el alto número de sujetos que presentan mínima desesperanza, presentan muy alto CPT en todas las dimensiones, con prevalencia de relaciones interpersonales más significativas, mayor apreciación por la vida y aumento en la sensación de fortaleza personal.

Se efectuó un **análisis de correlaciones** con el coeficiente Rho de Spearman entre las variables: desesperanza y las cinco dimensiones del CPT. Se diferenciaron las asociaciones para el total de los casos y las correspondientes a cada uno de los tres grupos considerados.

En la **muestra global** se observó que la desesperanza correlaciona leve y significativamente con la dimensión mayor riqueza espiritual y existencial, de manera inversa: coeficiente Rho $-.274$, significación estadística ($p .029$).

Grupo I, se observa que la relación entre desesperanza y la dimensión mayor riqueza espiritual y existencial se conserva, a pesar de poseer una intensidad menor a la obtenida en la totalidad de los casos: coeficiente Rho $-.213$, significación estadística ($p .318$).

Grupo II, los datos resultan similares a los observados para el Grupo I, con algunas pequeñas diferencias en cuanto a la intensidad de las asociaciones. La desesperanza correlaciona con mayor intensidad y de modo inverso con la dimensión mayor riqueza espiritual y existencial: coeficiente Rho $-.290$, significación estadística ($p .214$).

Grupo III, se constata que la desesperanza se asocia con más altos niveles con la dimensión mayor apreciación por la vida: coeficiente Rho de $.311$, significación estadística ($p .182$). La dimensión mayor riqueza espiritual y existencial continúa asociándose con menores niveles de desesperanza previas a la realización del trasplante, tal como se venía observando en los datos resultantes para los grupos anteriores: coeficiente Rho $-.283$, significación estadística ($p .227$).

5. Discusión

Esta presentación forma parte de un estudio de investigación Secyt 2014-2015, que incluye a la depresión, titulado: *“Ausencia de depresión y desesperanza como factores protectores y el crecimiento postraumático alcanzado a lo largo del tiempo en pacientes con autotransplante de médula ósea”*.

Es alto el porcentaje de pacientes con cáncer que desarrollan sintomatología depresiva. Considerando aportes de la Organización Mundial de la Salud, se estima que existe alto nivel de prevalencia de la depresión a nivel mundial (10%) y según Del Pino, Muriel (2011), el valor se eleva a 25% en caso de pacientes oncológicos. A partir de estudios de Rosenfeld et al (2004) se ha demostrado alta asociación con la desesperanza.

Sin embargo, es de destacar en este estudio que, en la muestra global, la depresión y la desesperanza no correlacionan ni en la intensidad de la asociación ni en la significación estadística. La implicancia clínica de este dato es que, en la mayoría de los casos, los pacientes que deben realizarse trasplante pueden presentar síntomas depresivos que se relacionan con indicadores biológicos de la depresión, que generan reacciones afectivas, cognitivas y comportamentales con modificaciones en la expresión de los sentimientos ante este procedimiento tan invasivo, pero sostienen la esperanza en la recuperación.

Las personas que reciben tratamiento para la depresión (Tateishi Serruto, 2011) son más capaces de enfrentar el estrés del tratamiento anticanceroso y presentar un menor riesgo de problemas que puedan interferir con sus cuidados, que aquellos pacientes que no reciben dicho tratamiento (Chochinov, 2001). La depresión no tratada eleva el potencial para presentar conductas de afrontamiento mal adaptativas, tales como regresión, incumplimiento de instrucciones, hostilidad, desesperanza prematura, e, incluso el suicidio (Alarcón, 2004; Chochinov, 2001).

A partir del objetivo general de este estudio de investigación que consistió en **establecer posibles relaciones entre los niveles de desesperanza previos al TAMO y el grado alcanzado en las dimensiones de CPT según el tiempo transcurrido luego del TAMO** en los pacientes onco-hematológicos, se pretende a continuación exponer lo siguiente:

Considerando los **indicadores de desesperanza**, en la escala BHS se destaca que la esperanza se encuentra altamente presente en la población estudiada. Es muy elevado el número de sujetos con mínima desesperanza en los tres grupos, con tendencia a aumentar acorde al paso del tiempo desde el TAMO.

Los diferentes ítems que componen la escala de Beck han sido muy poco elegidos por los sujetos investigados, a excepción del ítem 4 “*No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años*”, y del ítem 14: “*Las cosas no marchan como yo quisiera*”. Estas expresiones, marcan la lucha de la persona entre diagnósticos, tratamientos y la esperanza de vivir y de morir, dando cuenta de cómo a decir de Sanz (2000), (en Llantá Abreu, Ábalo, Pérez, Piré Stuart, Rivero López y Ortiz Viveros, 2005), la persona sana se encuentra llena de vida con un montón de esperanzas y proyectos por realizar, y de repente sin saber cómo ni por qué, todo se derrumba. La esperanza es un estado de ánimo según el cual aparece como posible lo que se desea. Es un componente primordial en el desarrollo de las personas y generalmente no se asocia a eventos de contenido desagradable, pues en su esencia se encuentra dotada de espíritu positivo, de proyección de futuro muy asociada a planes, metas y objetivos de vida. La mera creencia de que se puede padecer una enfermedad grave o que se deben sufrir tratamientos agresivos, hace que, en ocasiones, el contenido de la esperanza se relacione con la situación concreta por la que se está atravesando.

Considerando las **dimensiones de CPT** que presentan mayor desarrollo en los dos primeros grupos, se destaca una mayor apreciación por la vida, por la importancia que a ésta se otorga por sobre toda valoración y el aumento de la sensación de fortaleza personal como aspecto de lucha para superar la enfermedad y los tratamientos que esta implica. Esta tendencia disminuye con el paso del tiempo en el grupo III, dando lugar a partir del grupo II a relaciones interpersonales más significativas de modo importante, así como también a mayor riqueza espiritual y existencial en el grupo III. Se podría pensar que a medida que se va dejando atrás la experiencia del TAMO, donde se pusieron todas las energías en sí mismo, apreciando la vida y aferrándose a ella fortaleciéndose para superarse, se va dando paso a

valorar los vínculos con las demás personas y a conectarse con aspectos espirituales, o sea descentrarse de uno mismo y ponerse en manos de otros.

Teniendo en cuenta los resultados del análisis descriptivo de las **dimensiones de CPT según el tiempo transcurrido desde el trasplante y de los indicadores de desesperanza**, se observó que a menores indicadores de desesperanza mayores indicadores de CPT en todas las dimensiones, con algunas diferencias según los grupos. A medida que pasa el tiempo se afianza el sentimiento de esperanza de que hay sentido y proyectos por lograr en la vida. La dimensión que muestra mayores indicadores es aumento de la sensación de fortaleza personal en los tres grupos, es decir que hay mucha esperanza y por lo tanto hay que encontrar modos de superar la adversidad, valorar la vida, reconocer que hay posibilidades y enriquecerse espiritualmente. En el grupo II y III toma importancia la dimensión relaciones interpersonales más significativas como modo de sostenerse apoyado también en los demás.

Atendiendo a la posibilidad de establecer **relaciones entre la desesperanza y las dimensiones de CPT, la muestra global** evidencia que hay una correlación leve pero significativa de manera inversa. Esto indica que, a menor desesperanza mayor riqueza espiritual y existencial. En este sentido se considera que la esperanza, en tanto constructo opuesto a la desesperanza, se presenta como un factor de protección ante la indicación de autotrasplante, facilitando el desarrollo de indicadores de CPT, especialmente en las dimensiones como mayor riqueza espiritual y existencial y mayor apreciación por la vida. El dato complementario, es decir, que la esperanza se asocia a una espiritualidad de mayor riqueza, también es coherente teóricamente, en la medida que lo espiritual se encuentra tradicionalmente asociado al optimismo y a la esperanza (Peterson y Seligman, 2004; Cosentino, 2009; Martínez Martí, 2006).

Tomando en consideración, las **correlaciones correspondientes a cada uno de los tres grupos**, se observa que en el grupo I la relación entre la esperanza y la dimensión mayor riqueza espiritual y existencial se conserva a pesar de poseer una intensidad menor a la obtenida en la totalidad de los casos. Similares son los datos que aporta el grupo II, con pocas diferencias en la intensidad de las asociaciones, asumiendo que esta disminución de ambas se encuentra en mayor medida asociada al tamaño de la muestra más que a la correlación en sí, indicando que en los pacientes que han recibido el trasplante recientemente se conserva la relación entre esperanza y mayor espiritualidad. Resulta igualmente importante recordar que este análisis es sólo especulativo, en la medida que los datos no son longitudinales sino de comparación entre grupos independientes, siendo necesaria la ampliación de la investigación para confirmar o refutar las hipótesis explicativas aquí plasmadas. En el grupo III, la relación entre esperanza y mayor apreciación por la vida en tanto dimensión de crecimiento postraumático va cobrando importancia a medida que la supervivencia resulta garantizada en el paso del tiempo. Así, en este grupo, la desesperanza se asocia a mayores niveles de aumento en la apreciación por la vida superando a las demás dimensiones del CPT. Mayor riqueza espiritual y

existencial continúa relacionándose con mayores niveles de esperanza previas a la realización del trasplante, tal como se venía observando en los datos resultantes para los grupos anteriores y de manera teóricamente coherente, donde se observa mayor conexión con los aspectos trascendentes. Esto podría ayudar a comprender que a medida que pasa el tiempo, que confirma la supervivencia al TAMO, visualizan la vida con más posibilidades y siente más apreciación por ella. Hay un evidente cambio de visión de la vida en esta población.

Como datos importantes, haciendo un análisis de las variables bio-médicas en relación con los niveles de desesperanza, se constató que hay mayor asociación entre los pacientes que reciben más tratamientos, lo que podría representar para ellos más posibilidades médicas y ello los conecta con la esperanza de cura y los haría también soportar más intervenciones y sus secuelas.

Ochoa Arrendó et al (2010), destacan que el “Crecimiento” se debe a que la persona realiza un desarrollo personal más allá de su nivel de funcionamiento previo y, además, “postraumático” para remarcar que este crecimiento se da tras un suceso extremo, en este caso recibir trasplante de médula ósea.

Esperanza y sentido están estrechamente relacionados con la vida. Basta preguntar a un paciente las razones de que quiera curarse, recuperarse, y tratará de explicarlo en relación con sus objetivos y propósitos de vida y nunca en términos de vivir por vivir. En estas personas se ha producido un cambio positivo como impacto de la enfermedad. Pensar en el sentido de la existencia ayuda a conceder valor a la vida, a sus acciones, a trazarse metas más realistas y oportunas y en ello está presente la fuerza de la esperanza y debe ser valorada como un proceso en el que se admita la posibilidad de un cambio que conlleve un crecimiento personal. Según Lester (1972) y Hahn (1985), para el paciente sin esperanza no existe futuro (en Llantá Abreu, Ábalo, Pérez, Piré Stuart, Rivero López y Ortiz Viveros, 2005).

El trasplante de médula ósea constituye un gran desafío y tiene un gran significado para los receptores y sus familias. A menudo, muchas personas consideran esto como un segundo nacimiento o una segunda oportunidad que la vida les da. Puede que muchos festejen este día como su verdadero cumpleaños.

En este sentido, se puede considerar que la esperanza, en tanto constructo opuesto a la desesperanza, se presenta como un factor de protección ante la indicación de autotrasplante de médula ósea, facilitando el desarrollo de indicadores de CPT como son mayor apreciación por vida y mayor riqueza espiritual y existencial. Esto implica superar los efectos negativos de la experiencia y pasar a valorar aquellas cosas de la vida antes consideradas superfluas e intrascendentes y centrarse en disfrutar en el aquí y ahora; y alcanzar mayor riqueza espiritual y existencial, realizando una transformación en la filosofía de vida. La experiencia del sufrimiento produce una ruptura en las ideas acerca de la vida y de la muerte, dando lugar a altos niveles de crecimiento personal. Las creencias

espirituales constituyen elementos clave para que se produzcan estos cambios, ayudando a integrar la experiencia y a construir su sentido de vida.

Con una mirada compleja, apoyándose más en las capacidades que en las limitaciones de los pacientes, se apuesta al desafío de realizar intervenciones que fomenten aumentar la esperanza y favorezcan el crecimiento positivo tras la experiencia del trasplante.

6. Referencias

- Acero Rodríguez, P.D. (2007). *Del dolor a la esperanza*. Bogotá: Editorial San Pablo
- Acero Rodríguez, P. D. (2011). *La otra cara de la Tragedia. Resiliencia y crecimiento postraumático*. Bogotá: San Pablo.
- Acero Rodríguez, P.D. (2011). *Validación y estandarización del inventario de crecimiento postraumático en español*. Ponencia presentada en el XXXIII Congreso Interamericano de Psicología. Medellín: Inédito.
- Alarcón, A (2004) *La depresión en el paciente renal*, en Alarcón A, (ed.), Aspectos psicosociales del paciente renal. Bogotá: Editorial La Silueta, 75-97.
- American Psychological Association (APA) (2002). *Manual de estilo de publicación*. Adaptado al español (2ª edición). México: El Manual Moderno.
- American Society of Clinical Oncology (2016). What is a Stem Cell Transplant (Bone Marrow Transplant)? 01/2016. Accessed at www.cancer.net/navigating-cancer-care/how-cancer-treated/bone-marrowstem-cell-transplantation/what-stem-cell-transplant-bone-marrow-transplant on April 1, 2016. American Cancer Society Last Medical Review: 6/6/2016 Last Revised: 6/6/2016
- Beck, A., Weissman, A., Lester, D. y Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness Scale. *Journal of consulting and clinical psychology*, 42 (6), 861-865.
- Beck, A., Steer, R. y Brown, G. (2006). *Inventario de depresión de Beck*. Buenos Aires: Paidós.
- Bellver, A. y Moreno, P. (2009). Riesgos psicosociales e intervención psicológica en los pacientes con TMO. *Psico-oncología*. Vol. 6, N° 1, pp. 65-81.
- Calhoun, L.G. & Tedeschi, R.G. (2004). The foundations of posttraumatic growth: New considerations. *Psychological Inquiry*, 15, 93-102.
- Cosentino, A. (2009). Evaluación de las Virtudes y Fortalezas de Humanas en Población de Habla Hispana. *Psicodebate*, 10, 53-72.
- Chochinov, H. (2001) Depression in cancer patients. *Lancet Oncol*; 2(8): 499-505.
- Del Pino Muriel, D.F (2011 ed.2012). *Prevalencia de depresión en pacientes oncológicos que permanecen hospitalizados y su relación con los aspectos sociodemográficos y clínicos de la enfermedad, en el Hospital Oncológico de Solca Nucleo Quito*. Ecuador. Tesis Doctorado. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito. Ecuador. *Recuperado el 4 de diciembre de 2013: [www:ftp.puce.edu.ec/handle/22000/5350](http://www.ftp.puce.edu.ec/handle/22000/5350)*.
- Di Marco, P.C., Keegan, A. R. y Valentini, A. B. (2011). *Factores protectores y vulnerables en pacientes oncológicos candidatos al autotrasplante de médula ósea (TAMO)*. Proyecto B Secyt, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba.
- Di Marco, P.C., Valentini, A. B., Millán, S., Lozano, M.C., Keegan, A. R., Álvarez Bolea, M. y Savio Simes, I.A. (2013). *Estrategias de afrontamiento y crecimiento postraumático alcanzado a lo largo del tiempo en pacientes con autotrasplante de médula ósea (TAMO)*. Proyecto B Secyt, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba.
- Di Rienzo JA, Casanoves F, Balzarini MG, González L, Tablada M, Robledo CW. Infostat versión 2012. Grupo Infostat FCA.UNC
- Dubourdieu, M. (2011). *Psicoterapia integrativa PNIE. Psiconeuroinmunoendocrinología. Integración cuerpo mente entorno*. 2ª edición. Montevideo: Psicolibros Waslala.
- Holland, J. y Lewis, S. (2003). *La cara humana del cáncer*. Barcelona: Herder.
- Llantá Abreu, M., Ábalo, J., Pérez, C., Piré Stuart, T., Rivero López, M y Ortiz Viveros, G. (2005). La esperanza en el paciente oncológico: hacia una reconceptualización. *Psicología y Salud* 15-2, 187-194.
- Martínez Martí, M. (2006). El estudio científico de las fortalezas trascendentales en la Psicología Positiva. *Clínica y Salud*, 17, 3, 245-258.
- Montero, I. y León, O.G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*. Vol 5. N° 1 pp.115-127. Madrid: Universidad Nacional Autónoma.

- National Cancer Institute. Bone Marrow Transplantation and Peripheral Blood Stem Cell Transplantation. August 12, 2013 Accessed at www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Therapy/bone-marrow-transplant on April 4, 2016. American Cancer Society. Last Medical Review: 6/6/2016 Last Revised: 6/6/2016
- Ochoa Arrendó, C., Sumilla, E., Mate, J., Castejón, V., Rodríguez, A., Blanco, I., Gil, F. (2010). Psicoterapia grupal en cáncer. Hacia una atención psicosocial integral del superviviente de cáncer. *Psicooncología*. Vol.7, N°1, pp.7-34.
- Peterson, C. y Seligman, M.P. (2004). Character Strengths and Virtues: a classification and handbook. New York: Oxford University Press/Washington, DC: American Psychological Association.
- Real Academia Española (1992) *Diccionario Real Academia Española (DRAE)*. 21 edición. Madrid: Espasa Calpe.
- Rosenfeld, B., Gibson, C., Kramer, M y Breitbart, W. (2004). Hopelessness and terminal illness: The construct of hopelessness in patients with advanced AIDS. *Palliative and Supportive Care* 2, 43-53.
- Schávelzon, J. (2004). *Psicooncología, principios teóricos y praxis para el siglo XXI*. Bs As: Cinética Interamericana.
- Seligman, M.E.P. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Tateishi Serruto, V (2011). *Estilos de humor y sintomatología depresiva en pacientes con cáncer de mama*. Tesis de grado. Facultad de Letras Ciencias humanas. Pontificia Universidad del Perú. Recuperado el 4 de diciembre de 2013: www.tesis.pucp.edu.pe/.../TATEISHI_SERRUTO_VICTOR_ESTILOS.pdf.1
- Tedeschi R.G. & Calhoun, L.G. (1996). The Post Traumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455-471.
- Tizón JL (2004) *Pérdida, pena, duelo*; Vivencias, investigación, asistencia; Barcelona: Fundación Vidal y Barraquer.
- Vázquez, C., Castilla, C. y Hervás, G. (2009). *Reacciones ante el trauma: Resistencia y crecimiento*. En Fernández-Abascal (ed.). *Las emociones positivas* (pp.375-392). Madrid: Pirámide.
- Whittchen HU, Pittrow. 2002. Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: The depression 2000 study, human psychopharmacology, *Hum Psychopharmacol Clin Exp* 2002; 17: S1- S11. Published on line in Wiley InterScience (www. Interscience. Wiley.com). DOI: 10.1002/hup.398.
- Zabora, J.R., Smith-Wilson, R., Baker, F., Wingard, J.R., Curbow, B. (1992). The family: the other side of bone marrow transplantation. *Journal Psychosoc Oncol*; 10 (1): 33-45.