

Claustrofobia en pacientes de trasplante de médula ósea

Claustrophobia in patients of bone marrow transplantation

Norma Angélica González-Luis,¹ Ernesto Calderón-Flores,² Salvador Alvarado-Aguilar.²

▷ RESUMEN

La medicina ha tenido grandes avances en el trasplante de médula ósea (TMO), este tratamiento es una opción para las enfermedades hemato-oncológicas y algunos tumores sólidos. Según la literatura mundial, los pacientes hospitalizados llevados a TMO, generan niveles de ansiedad ante el aislamiento reversivo o estéril, provocando perturbaciones emocionales relacionadas con la enfermedad. Las secuelas más comunes que se perciben en los pacientes con TMO, son la depresión, la ansiedad crónica, la fobia real (gnosofobia), el temor mórbido al cáncer (cancerofobia), y (claustrofobia), refiriéndose esta última al confinamiento en un espacio pequeño, que frecuentemente complica el cuidado del paciente, ya que no toleran estar solos en un lugar desconocido.

En este artículo se ofrece un panorama general del TMO, así como los estilos de afrontamiento, los cuales favorecen el proceso de adaptación a la situación de la enfermedad y sus tratamientos a través de técnicas conductuales, que faciliten la asimilación de su situación y ayuden a tener una mejor calidad de vida, por lo que la Psicooncología ofrece instrumentos de evaluación y alternativas terapéuticas,

▷ ABSTRACT

Medicine has been great progress in transplantation of bone marrow (TMO), this treatment is an option for hemato-oncological diseases and some solid tumors. According to the world literature hospitalized patients taken to TMO, generate anxiety levels before the isolation revertive or sterile, causing emotional disturbances associated with the disease. The most common sequelae that are perceived in the patients with OMT, are depression, chronic anxiety, real phobia (gnosofobia), the morbid fear of cancer (cancerofobia), and (claustrophobia), the latter by confinement in a space small often complicates the care of the patient, that does not tolerate being alone in an unknown place. This article provides an overview of the TMO, as well as the styles of coping which promote the process of adapting to the situation of the disease and its treatments through behavioral techniques, to facilitate the assimilation of their situation and help to a better quality of life, which is why Psycho-oncology, offers therapeutic alternatives, and assessment tools, in order to provide patient care and correct information about the disease.

Keywords: *Claustrophobia, bone marrow transplant, Psicooncology, Mexico.*

1 Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, Méx., México.

2 Instituto Nacional de Cancerología. México D.F., México.

Correspondencia: Norma Angélica González Luis. Subdirección de Medicina Interna, Instituto Nacional de Cancerología. San Fernando N° 22, Colonia Sección XIV, C.P. 14080, México D.F., México. *Correo electrónico:* angel_22_177@hotmail.com

con el fin de proporcionar al paciente una información correcta y atención adecuada sobre la enfermedad.

Palabras clave: Claustrofobia, trasplante de médula ósea, Psicooncología, México.

▷ INTRODUCCIÓN

Uno de los tratamientos médicos de los que se dispone hoy en día para luchar contra las enfermedades hemato-oncológicas, así como de algunos tumores sólidos, es el “trasplante de médula ósea” (TMO). Se sabe que este procedimiento genera trastornos fóbicos por el aislamiento del enfermo, el cual puede presentar síntomas psiquiátricos reactivos como: trastornos del dormir, ansiedad, fobia depresiva o síntomas psiquiátricos secundarios a los fármacos utilizados. Una de las fobias más recurrentes en los pacientes durante este tratamiento es la claustrofobia, la cual puede presentar dificultad ante el aislamiento requerido, debido a enfermedades infecto-contagiosas o inmunosupresión.¹

Tomando en cuenta que los enfermos presentan un miedo notable y persistente, excesivo y poco razonable provocado por la presencia o la anticipación de un objeto o situación específica, que se desencadena por un patrón de reacciones fisiológicas, cognitivas y motoras (DSM-IV, APA, 1994). La Psicooncología como disciplina apoya al paciente de cáncer, brindándole ante el tratamiento indicado una aceptación, ya sea psicofarmacológico, psicoterapéutico o psicoeducativo, y prepararlo para los diversos procedimientos, aclarar dudas y temores, contener el desborde emocional, acompañar el proceso de adaptación y fortalecer la relación con el equipo médico.²

▷ DESARROLLO

Las células leucémicas producen en la médula ósea, glóbulos blancos anormales, estas células reemplazan a las células sanguíneas sanas dificultando que la sangre cumpla su función, esta enfermedad puede desarrollarse rápido o lentamente. Las leucemias se clasifican en: leucemia crónica, que crecen lentamente, mientras que en la leucemia aguda, las células son muy anormales y su número aumenta rápidamente. Los adultos pueden tener cualquiera de estos tipos. Los niños con leucemia, generalmente, sufren del tipo agudo.³

Las reacciones psicológicas de cáncer están influenciadas por aspectos como: edad, creencias de los familiares con respecto a la enfermedad, cambios de conductas hacia el paciente, el apoyo de personas durante la enfermedad del cáncer, así como el tipo y gravedad de la enfermedad.⁴ Los factores psicosociales que afectan el inicio y curso de la enfermedad son los hábitos de conducta: tabaco, alcohol, ingesta de dietas ricas en grasas y baja en fibra, sedentarismo, exposición solar, exposición a carcinógenos ocupacionales, así como la combinación de estos factores, variables que contribuyen al inicio y progresión del cáncer.⁵

▷ TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA COMO MODALIDAD DE TRATAMIENTO MÉDICO

Lesko LM y colaboradores señalan que el TMO ha emergido como tratamiento para la anemia severa aplásica, enfermedades por inmunodeficiencia, algunos desórdenes hematológicos congénitos como anemia de Fanconi, síndrome Wiskoh-Aldrich y accidentes por radiación. Por 10 años se ha incrementado su uso con éxito para leucemia aguda, y ahora se está usando en leucemias crónicas, linfomas, tumores sensibles a la radiación, desórdenes genéticos de la médula ósea, como talasemia y anemia de las células.⁶

Vidal-Benito y colaboradores refieren que el TMO es un tratamiento intensivo, programado, complejo, altamente especializado, y que se aplica en las leucemias mieloblásticas y linfoblásticas agudas, la leucemia mieloide crónica, el mieloma múltiple, en los linfomas no Hodgkin y en la enfermedad de Hodgkin, tumores del sistema nervioso central en los niños y en los tumores germinales, también se utilizó en algunos tumores sólidos como cáncer de mama y ovario.²

Existen TMO, que se realizan de acuerdo a las características de los pacientes: alotrasplante de médula ósea. “Alo” significa “otro”, las células madre o médula ósea provienen del donante compatible con la del paciente.⁷

La técnica frecuente utilizada en TMO es la denominada trasplante autólogo de células madre (TACM), es una terapia muy dura que a menudo requiere el aislamiento para reducir la exposición a posibles infecciones, cuando el índice de leucocitos es bajo. Los trasplantes autólogos se efectúan con mayor frecuencia para tratar tipos de tumores, que no se originan en la sangre o en la médula ósea. La médula ósea es un tejido esponjoso que se encuentra en la parte interior de los huesos, éstas contienen células inmaduras llamadas “células madre”, las cuales desarrollan glóbulos rojos que transportan oxígeno al cuerpo, glóbulos blancos que combaten las infecciones y plaquetas que ayudan a la coagulación de la sangre.⁸

El TMO está regido por intervenciones médicas y factores biológicos que impactan en el aparato psíquico del sujeto a quien se le brinda el tratamiento, constituyendo un estrés de magnitud importante, Vidal-Benito y colaboradores mencionan las siguientes etapas:²

1. El pretrasplante: “El momento de la decisión”, y recolección de células progenitoras hematopoyéticas del receptor o donante, se informa al paciente y su familia las características del tratamiento, el propósito, los riesgos, la esterilidad secundaria y las posibles complicaciones.

El paciente y su familia deben aclarar sus dudas con el equipo médico, incluye las valoraciones psicológicas, psiquiátricas y neurológicas, con el fin de identificar rasgos fóbicos, obsesivos, narcisistas y/o alteraciones de organicidad, y así determinar si se puede llevar a cabo el TMO. También se les comunica las características del aislamiento, que varían según la institución y la edad de los enfermos.

2. El trasplante: “La espera”, comienza con el tratamiento quimiorradioterapéutico previo a la jornada, en que las células progenitoras hematopoyéticas criopreservadas se infundirán en el paciente.

Este día se movilizan angustias de muerte que surgen del deseo de poder realizar el trasplante, y al mismo tiempo temor a no poder tolerarlo y morir. En esta etapa los enfermos comienzan a sentir estrés del aislamiento, a pesar de estar con la enfermera, acompañante (este permanecerá en la sala de espera de la Unidad), médicos, teléfono, radio, televisión; el tener que permanecer en el cubículo impersonal de la Unidad, comienza a pesar en los pacientes y pueden aparecer síntomas psiquiátricos reactivos, trastornos del dormir, ansiedad, fobia depresiva o síntomas psiquiátricos secundarios a los fármacos utilizados. Se despliegan los estilos de afrontamiento y las capacidades individuales para resistir.

Al recibir las células madre, el paciente puede presentar complicaciones e infecciones, éstas pueden ser muy serias. Mientras el enfermo de cáncer esté en el hospital, se debe tener vigilancia minuciosa de la sangre y los signos vitales, tomar antibióticos, medicamentos antimicóticos y antivirales para prevenir o tratar la infección. La muerte puede ser causada por complicaciones del TMO, o debida a que el trasplante no funcionó para tratar la enfermedad.⁹

3. El alta de la Unidad de TMO: “La vuelta a casa”, cuando la médula comienza a recuperarse se inicia el retiro de medicamentos que se administraban por vía venosa, y se prepara la salida, por lo que se le brinda información al paciente y a la familia acerca de los cuidados y controles durante el primer mes. En esta etapa aparece una fuerte ambivalencia del paciente y su familia, por una parte el deseo de volver a casa y por otra, el temor a no recibir ayuda.

▷ CLAUSTROFOBIA

La literatura reporta un rango de 18% a 28% de trastornos de ansiedad y fobias en los pacientes con cáncer.¹⁰ Ballesteros y colaboradores (2005) sostienen que el diagnóstico de cáncer con frecuencia provoca síntomas de ansiedad y depresión en primer momento, pues el paciente desarrolla trastornos psicopatológicos debido a una vulnerabilidad previa.¹¹ Mientras que Derogatis LR y colaboradores desde 1983 afirman que los trastornos adaptativos pueden presentarse en un 30% de los enfermos oncológicos.¹² Los enfermos candidatos a TMO se encuentran en condiciones estrictas de aislamiento y con grandes dosis de quimioterapia, por lo cual presentan gran incidencia de trastornos psicológicos, entre los cuales se presenta el trastorno depresivo, trastorno de personalidad límite, entre otros.¹³ Cualquier paciente con TMO que ha tenido una historia previa de enfermedad psiquiátrica, está en alto riesgo de recurrir en ella durante el curso del trasplante.⁷

Rachaman (1997) define la claustrofobia como: el miedo a la restricción de movimiento y al confinamiento. Este temor puede ser un miedo residual filogenético, ya que impide la conducta de escape cuando se percibe una amenaza.¹⁴

Los pacientes con claustrofobia pueden presentar dificultad en la realización de los estudios y procedimientos durante el tratamiento del cáncer (resonancias magnéticas, tomografías computarizadas, aspirados de médula ósea), así como ante la necesidad de aislamientos debidos a enfermedades infecto-contagiosas o inmunosupresión.¹

Según los Criterios del DSM-IV, la frecuencia de claustrofobia oscila entre un 2% y 5% de la población

general, su inicio se asocia por haber vivido una experiencia desagradable en un espacio cerrado. Los factores de riesgo son ansiedad y nerviosismo cuando se está dentro de un espacio cerrado, presentándose síntomas como: sudoración, latidos acelerados, falta de aliento o hiperventilación, temblores, aturdimientos o desmayos, náusea, sensación de pavor y terror, pánico, ansiedad intensa, sensación de opresión en el pecho.

Los pacientes que serán trasplantados y tengan una historia o enfermedad psiquiátrica, están en alto riesgo de que la sintomatología se exacerbe durante el proceso de enfermedad o el curso del TMO, pues pueden presentar una anormalidad psicológica severa, lo que compromete el cuidado del paciente y pone en peligro el pronóstico del tratamiento.⁷

La claustrofobia en el paciente con cáncer impone demandas estrictas e inmediatas, que dependen de la severidad del padecimiento, grado y tipo de incapacidad, estas pueden ser: sensorial, motora o cognitiva, así como la percepción interna o externa de una existente deformación como: la cirugía del rostro, mastectomía, colostomía, y la dureza en el pronóstico de vida durante el curso de la enfermedad estable o con recaídas progresivas, de los protocolos de tratamientos químicos y sus efectos secundarios, del dolor y síntomas de impotencia e inhabilidad experimentados en el padecimiento.¹⁵

▷ INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Los pacientes con cáncer candidatos a TMO, en primera instancia deben ser evaluados a través de una entrevista semiestructurada y observación directa, además de aplicar la escala visual análoga (EVA) de ansiedad y otra de depresión, así como la escala de ansiedad y depresión hospitalaria de Zigmond y Snaith (HAD).¹¹

Existen algunos instrumentos para la valoración de la claustrofobia como: Cuestionario de Claustrofobia, elaborado por Rachman y Taylor (1993), este instrumento estuvo inicialmente formado por 36 ítems. La versión actual y más conocida consta de 26 ítems, cuya adecuación psicométrica fue ampliamente comprobada por Radomsky y colaboradores (2001). Con una muestra de 210 estudiantes de Psicología, estos autores identificaron claramente los factores de miedo a la restricción.¹⁶

CUESTIONARIO DE CLAUSTROFOBIA

Es un cuestionario de 26 ítems valorados de 0 (nada ansioso) a 4 (extremadamente ansioso). Evalúa dos tipos de miedos claustrofóbicos: miedo a la restricción de movimiento y miedo a ahogarse. El instrumento puede encontrarse en Inglés, en la fuente original.¹⁶ Hasta el

momento no se han validado ni estandarizado en México dichos instrumentos, por lo que en breve será una de las propuestas de investigación.

▷ ALTERNATIVAS DE MANEJO PSICOONCOLÓGICO

La Psicooncología como disciplina, estudia las dimensiones psicológicas, sociales y comportamentales del cáncer, en los pacientes y sus familiares que viven y experimentan la enfermedad. El profesional capacitado en el área debe entender las cuestiones emocionales (por ejemplo, las ansiedades-fobias y la depresión), las cuestiones conductuales (por ejemplo, no adhesión al tratamiento y la reinserción a actividades cotidianas) y los síntomas físicos (por ejemplo, dolor y vómito), de la persona enferma.¹⁷ Esta área establece temas relacionados con personalidad, estrategias de afrontamiento, métodos de evaluación psicológica, terapias psicológicas, información al enfermo, su diagnóstico, tratamiento y las secuelas de las enfermedades oncológicas, que constituyen un acontecimiento vital altamente estresante.

El procedimiento de TMO como tratamiento en enfermedades crónicas de leucemias, provoca gran impacto en los sujetos enfermos, por lo que la Psicooncología ofrece alternativas al paciente y sus familiares, mediante técnicas conductuales que controlan la ansiedad, antes de las diferentes modalidades de tratamiento.⁷

Las alternativas psicooncológicas que se utilizan ante la enfermedad, y los tratamientos oncológicos en los pacientes muestran resultados benéficos como:

1. Facilita la capacidad de adaptarse a los efectos estresantes en el pasado.
2. Disponibilidad de los familiares.
3. Capacidad de expresar los sentimientos, preocupaciones, necesidades.
4. Edad, estrategias de adaptación a un grado mayor (por ejemplo, una madre joven con cáncer puede tener preocupaciones distintas a las de una mujer de 70 años con cáncer).
5. Extensión de la enfermedad, la curación o control, es generalmente más fácil de adaptarse que la realidad de la enfermedad terminal.
6. Alteración de la imagen corporal.
7. Presencia de síntomas como: fatiga, náusea, diarrea y dolor, los cuales pueden intensificar el impacto psicológico del cáncer.
8. Experiencias pasadas negativas.
9. Actitud asociada con el cáncer, un paciente que se siente controlado y que tiene una actitud positiva hacia el cáncer, es más fácil que se adapte al diagnóstico y tratamiento, a diferencia del que se siente sin esperanzas y fuerza de control.¹⁸

Para facilitar el desarrollo de una actitud esperanzadora sobre el cáncer, con respecto al diagnóstico, tratamiento, signos y síntomas, es importante apoyar al paciente y su familia durante las etapas de la enfermedad, por esa razón los profesionales de la salud deben:

1. Brindar apoyo al paciente en situaciones difíciles.
2. Mostrar una actitud de apoyo y cuidado.
3. Escuchar activamente los temores y preocupaciones del enfermo.
4. Proporcionar alivio de los síntomas.
5. Proporcionar información esencial del cáncer y sus cuidados.
6. Mantener una relación basada en la verdad y la confianza, ésta debe ser abierta, honesta y además, los profesionales deben ser cuidadosos en la aproximación con el enfermo de cáncer.
7. Usar el tacto para mostrar apoyo, con un apretón de manos, un abrazo, puede en algún momento ser más eficaz que las palabras.
8. Ayudar a los pacientes a ser realistas, objetivos, con ideales y metas alcanzables a corto y largo plazo.
9. Ayudar al paciente a mantener patrones habituales de estilo de vida.
10. Mantener la esperanza, la cual es la llave para el cuidado eficaz del cáncer, pues ésta proporciona el control sobre lo que está ocurriendo y es la base de una actitud positiva hacia el cáncer.¹⁹

Dentro de las alternativas de tratamiento psicooncológico, la psicoterapia así como otras técnicas terapéuticas pueden ser viables en el manejo de la claustrofobia:

- La exposición de realidad virtual (RV), técnicas de relajación, respiración y visualización, diseñadas para calmar el miedo cuando se está en un ambiente claustrofóbico.
- Terapia cognitiva del comportamiento (CBT), estrategia que involucra el aprender a controlar los pensamientos que ocurren a través de las cuales confrontan las situaciones, que inducen miedo de manera que cambie su reacción.
- En algunos casos el uso de psicofármacos es fundamental, como los antidepresivos o ansiolíticos.

▷ CONCLUSIONES

Se puede concluir que las intervenciones preventivas a los trastornos psicológicos, psiquiátricos y neurológicos secundarios al TMO son fundamentales para reducir la ansiedad, depresión, fobias, facilitando la adaptación a la enfermedad, afrontando de manera positiva el proceso del TMO y favoreciendo una mejor calidad de vida.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

FINANCIAMIENTO

Los autores no recibieron patrocinio para llevar a cabo este estudio.

REFERENCIAS

1. Shemesh E, Luries S, Stuber ML, et al A Pilot Study Of Posttraumatic stress and non-adherence in pediatrics 2000;105: E29.
2. Vidal MC, Telias D, Garay C. Psiquiatría y Psicología del paciente con Cáncer. Buenos Aires: Editorial Polemos; 2008. p. 84-93.
3. Bishop MR, Pavletic SZ. Hematopoietic stem cell transplantation. In: Abe-loff MD, Armitage JO, Niederhuber JE, Kastan MB, McKena WG, eds. Clinical Oncology. 4th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier Churchill Livingstone; 2008.
4. Reynoso LE, Seligson NI. Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual. México: Ed. Manual Moderno; 2005.
5. Buceta MJ, Bueno AM, Blanca M. Intervención psicológica en Trastornos de la salud. Madrid: Editorial Dykinson; 2000. p. 341-420.
6. Lesko LM, Hawkins DR. Psychological aspects of transplantation medicine. In: Akhtar S, ed. New Psychiatric Syndrome: DSM-III and Beyond. New York: Aronson; 1983. p. 265-309.
7. Lesko LM. Bone Marrow, Transplantation. In: Holland JC, Rowland JH, eds. Handbook of Psychooncology. Psychological care of the patient with cancer. New York: Oxford University Press; 1989. p. 163-173.
8. Holland JC, Lewin S. La cara humana del cáncer. España: Ed. Herder; 2003. p. 162-170.
9. Vose JM, Pavletic SZ. Hematopoietic stem cell transplantation. In: Goldman L, Ausiello D, eds. Cecil Medicine. 23rd ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2007.
10. Noyes R, Holt CS, Massie MJ. Anxiety disorders. In: Holland JC, ed. Psychooncology. New York: Oxford University Press; 1998. p. 548-563.
11. Ballesteros M, Cruzado J A, Lozano A, et al. Evaluación y tratamiento psicológico en un cáncer de colon con fobia a la quimioterapia y trastornos adaptativos. Madrid: Psicooncología; 2005. p. 139-148.
12. Derogatis LR, Marrow GR, Fetting J, et, al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. JAMA 1983;11:751-757.
13. Weitzner M, Law M, Maguire P, et al. Borderline personality disorder and bone marrow transplantation: ethical consideration and review. Psycho-oncology 1999;8(1):46-54.
14. Rachaman SJ. Claustrophobia. In: Davey CGL, ed. Phobias. A Handbook of Theory, Research and Treatment. Chichester: Wiley; 1997. p. 163-182.
15. Baider L. Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos. International Journal of clinical and health psychology. Granada, España: 2003. p. 505-5020.
16. Gouveia Valdiney V, Emerson-Diógenes de M, Rildésia SV, et al. Cuestionario de claustrofobia: evidencias de su validez y fiabilidad. Interamerican Journal of Psychology 2008;42(3):604-610.
17. García-Conde A, Ibáñez y E. Análisis del contenido de la revista Psycho-oncology. Boletín de Psicología 2008;92:81-113.
18. Bucher L, Foret GJ, Grabor O BP. Enfermería medico quirúrgica: valoración y cuidados de problemas. Ed 6. Vol. 1. España: Elsevier; 2008. p. 333-334.
19. Shell J, Kirsch S. Psychosocial Issues Outcomes and quality of life. In: Otto S, ed. Oncology nursing. Ed. 4. St. Louis: Mosby; 2001.