

del estudio, con lo que en la segunda toma la muestra se reduce a cuatro pacientes (2 varones y 2 mujeres).

La edad media de los pacientes es de 62 años (54-68). Respecto al sexo fueron dos varones y tres mujeres. El diagnóstico más frecuente fue la leucemia mieloide aguda y el síndrome mielodisplásico.

Los criterios de inclusión fueron: edad > 18 años; estancia en la unidad >3 días; pacientes que recibieron quimioterapia; pacientes en neutropenia severa con valor mínimo de recuento absoluto de neutrófilos (RAN < 500); pacientes en aislamiento inverso; pacientes con capacidad cognitiva indemne que durante el aislamiento no tuvieran tratamiento psicológico o psiquiátrico; pacientes que no presentaran antecedentes de alguna dependencia a sustancias (alcohol, drogas, etc.) o duelos recientes y pacientes que otorgaron el consentimiento informado.

Como criterios de exclusión se fijaron: Complicaciones durante la fase de aislamiento que conlleven a otra unidad hospitalaria o a la muerte del paciente; pertenencia a otro estudio de investigación clínica; edad <18 años; estancia < 3 días, y negación a participar en el estudio.

La captación de la muestra se realizó mediante muestreo consecutivo solicitado citado. Con todos los sujetos se siguió el mismo procedimiento, siendo la administración de los cuestionarios aplicada y realizada por el mismo evaluador. De esta forma se pretendía aumentar el compromiso de los sujetos en el proceso de recogida de datos y darles la oportunidad de clarificar cualquier aspecto confuso o ambiguo en las preguntas formuladas.

La captación de los sujetos para el estudio se realiza en la Unidad de Hematología del Hospital cuando se acaba de conocer el diagnóstico y/o el paciente se encuentra en tratamiento en la Unidad.

En el primer contacto con los pacientes se les informó del estudio y del objetivo del trabajo, solicitándoles su colaboración, con una participación del 100%. Después se firmó el consentimiento informado y se realizó el cuestionario general con la recogida de datos sociodemográficos, diagnóstico, etc.

El estudio se planteó como un diseño prospectivo observacional, longitudinal, de carácter descriptivo.

» RESULTADOS Y DISCUSIÓN. Descripción resultados en función objetivos. Análisis coherente. Debe contrastar los objetivos iniciales del estudio con los datos obtenidos, establece las limitaciones, las conclusiones emergen de la discusión y dan respuesta a los objetivos del estudio.

Cabe destacar que los pacientes de mayor edad, las mujeres, pacientes con estudios primarios, pacientes sin trabajo y de nuevo ingreso presentan un alto porcentaje de ansiedad y desesperanza en relación con el aislamiento inverso.

En la primera aplicación de las escalas todos los pacientes (100%), presentaron síntomas de ansiedad y 3 (60%) respecto a la escala de depresión igual que en la segunda aplicación. Durante la última aplicación el porcentaje disminuyó a 20% para la ansiedad, presentando sólo un paciente nivel alto de ansiedad y para la depresión todos los pacientes mantuvieron un nivel adecuado. Por lo que podemos observar, el nivel de ansiedad se presenta en mayor porcentaje un día después del tratamiento de quimioterapia y en aislamiento inverso y disminuye un día antes o el mismo día del alta hospitalaria.

El periodo de aislamiento es especialmente difícil para el paciente, debido a lo prolongado de éste y a los efectos secundarios del tratamiento, como diarrea, náuseas y vómitos, mucositis. Varios autores describen ansiedad, depresión, delirio, entre otras, como alteraciones psicológicas que comúnmente el paciente puede presentar en consecuencia a este proceso complejo de tratamiento. En este estudio se encontró mayores niveles de ansiedad que de depresión (50% de los pacientes presentan al diagnóstico puntuaciones clínicas de ansiedad frente al 20% de pacientes que presentan signos clínicos de depresión) en los momentos de evaluación.

Según el estudio realizado los pacientes experimentan altos niveles de ansiedad durante el aislamiento debido a que el paciente no recibe información suficiente sobre el tratamiento y posibles complicaciones y la morbilidad o mortalidad que esto significa, así que pueden generarse expectativas del mismo en el paciente.

El alta hospitalaria es un momento esperado por el paciente; sin embargo, tras permanecer un largo periodo en un área protegida, con la vigilancia del equipo de salud, al ya no disponer de ello cuando van a casa, puede generar miedo y ansiedad.

Concretamente se detectó en un paciente un nivel alto de depresión y ansiedad debido a su traslado a otro centro en una semana tras el alta hospitalaria para realizarse un trasplante.

Los pacientes de nuevo ingreso en este estudio presentaron depresión al inicio del tratamiento y ésta disminuyó durante el proceso. Diferente a los pacientes que llevaban varios ingresos ya que estos han recibido varias líneas de tratamiento por lo que ya están predispuestos a someterse al aislamiento.

» APORTACIÓN DEL TRABAJO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

La atención de calidad y calidez humana otorgada por parte del equipo de enfermería y el ambiente de la unidad de hematología son factores que pudieron fomentar la mejora del estado emocional y la seguridad de los pacientes.

El entrenamiento en técnicas cognitivo-conductuales de tratamiento de estrés, en organización del tiempo a través de sus propios recursos y el fomento de la información, puede ayudar a prevenir y tratar las reacciones emocionales de ansiedad y depresión.

» PROPUESTAS DE LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.

Decido fundamentar líneas estratégicas que conduzcan a la implantación de un tríptico informativo sobre el proceso de aislamiento, además de una intervención psicológica por parte de especialistas y así poder evaluar la efectividad de intervenciones enfermeras en el cuidado de pacientes hematológicos en nuestra práctica clínica cotidiana.

» BIBLIOGRAFÍA.

- 1.Sobrevilla C. Trasplante autólogo de células hematopoyéticas. En: Herrera G, Granados G, González B. Manual de Oncología. México. McGraw-Hill, 2006:823-826.
- 2.Maté J, Hollenstein M, Gil F. Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. España. Psicooncología, 2004;1:211-230.
- 3.Cruzado JA, Olivares ME. Intervención psicológica en pacientes de cáncer. En: Buceta JM, Bueno AM, Bas B, editores. Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades. Madrid: Pirámide, 2000. p. 341-402.

4. Romero R, Ibáñez E, Monsalve V. La Terapia Psicológica Adyuvante en enfermas con cáncer de mama: un estudio preliminar. En: Gil F, editor. Manual de Psico-Oncología. Madrid: Nova Sidonia Oncología; 2000. p. 15-37.

5. Arranz P, Coca C. Intervención psicológica en un servicio de Hematología. En: Remor, E., Arranz, P. y Ulla, C., editores. El psicólogo en el ámbito hospitalario. Bilbao: Desclée De Brouwer. 2003; p. 641-78.