

XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2021.

# Combatir lo inhóspito como parte del tratamiento de la enfermedad onco-hematológica.

Meligeni, Sofia.

Cita:

Meligeni, Sofia (2021). *Combatir lo inhóspito como parte del tratamiento de la enfermedad onco-hematológica. XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-012/667>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/even/bVg>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# COMBATIR LO INHÓSPITO COMO PARTE DEL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD ONCO-HEMATOLÓGICA

Meligeni, Sofia

Hospital General de Agudos J.M. Ramos Mejía. Buenos Aires, Argentina.

## RESUMEN

El siguiente escrito tiene como finalidad compartir algunas reflexiones suscitadas durante el trabajo de interconsulta en un Servicio de Hematología inmerso dentro de un Hospital General. Se tomará como elemento principal de análisis el efecto desubjetivante vinculado a las hospitalizaciones prolongadas características de las enfermedades hematológicas. Por otro lado, se abordará la relevancia del rol del psicólogo en el equipo interdisciplinario de salud y las habilidades con que debe contar como terapeuta para poder incluirse en el mismo. Responder adecuadamente a la problemática específica implicará que el profesional tenga en cuenta las características de la enfermedad y del tratamiento médico a los fines de desarrollar estrategias de abordaje integrales que contemplen la situación actual que los pacientes están atravesando.

## Palabras clave

Interconsulta - Psicooncología - Hospitalización - Relación médico-paciente

## ABSTRACT

COMBATE THE INERT AS A PART OF THE ONCO-HEMATOLOGICAL TREATMENT

The aim of the following paper is to share some aspects of the job as a psychologist consultant at an Hematology Service, which is immersed in a General Hospital. The main element of analysis will be the effect of long hospitalizations on hemathological patients subjectivity as far as the role of the psychologist as a part of an intedisciplinary team. Responding adequately will imply taking into account the characteristics of the disease and the medical treatment in order to adress a specific approach that considers the patient and his actual situation.

## Keywords

Consultant - Psycho-oncology - Hospitalization - Doctor patient relationship

## Introducción

En el marco de mi formación como residente de psicología he tenido la oportunidad de trabajar como interconsultora en el servicio de Hematología de un hospital general de la Ciudad de Buenos Aires. Esta experiencia hospitalaria me permitió observar algunas particularidades de la enfermedad onco-hematológica, y principalmente de su tratamiento médico, que entiendo se constituyen como variables imprescindibles a considerar a la hora de orientar el abordaje psicológico de aquellos pacientes que se encuentran cursando una internación por presentar algún tipo de leucemia aguda. Es menester tener presente que a diferencia de otras enfermedades oncológicas, las antes mencionadas requieren prolongados tiempos de hospitalización para su tratamiento y que, por las extremas medidas de cuidado que implican, se atraviesan en aislamiento.

Sin ánimos de protocolizar la estrategia de intervención, y a sabiendas de que la subjetividad de cada paciente teñirá de un modo particular el trabajo a realizar, creo haber encontrado algunos puntos de padecimiento compartidos entre los pacientes internados en hematología que se vinculan a la sensación de pérdida de control y a los efectos desubjetivantes de la internación que es necesario que el psicólogo tome en consideración a la hora de intervenir, más aún en el contexto sanitario actual que fuerza aún más las condiciones de cuidado y aislamiento.

## ¿Qué lugar ocupa un psicólogo en territorio hematológico?

El trabajo del interconsultor sobre un paciente físicamente enfermo cobra sentido si pensamos a la subjetividad como un factor potencialmente decisivo que puede marcar el rumbo o definir la forma de cursar un proceso patológico (Uzorskis, 2002). Es claro que lo que sucede a nivel del organismo se acompaña, inevitablemente, de diversas maneras de vivenciarlo según la connotación que se le otorgue, la historia personal de cada sujeto, el imaginario imperante de época y los recursos psíquicos y sociales con los que el paciente cuente. Es por eso que la apuesta de trabajo del interconsultor psi apunta a trabajar sobre ese plus que existe en toda enfermedad médica y que incide en la vivencia subjetiva del padecimiento, lo que de ninguna manera deberá confundirse con la posibilidad de modificar un resultado médico al alterar una variable emocional.

Habrà que tener en cuenta que el diagnóstico de una enfermedad oncológica supone una disrupción con respecto al funcio-

namiento de vida anterior, las expectativas previstas y el modo de relacionarse consigo mismo y con los demás. El paciente deberá internarse para recibir su tratamiento, por lo que se verá alejado de su entorno, en el cual cumplía determinados roles y funciones que otorgaban un sentido de pertenencia e identidad. Por un tiempo prolongado se ausentará de sus actividades educativas, laborales y de ocio, y no podrá participar como la hacía anteriormente de reuniones familiares ni sociales. Es decir que los sentidos construidos se suspenderán en un instante y el paciente se verá forzado a encontrar nuevos anclajes con lo vital. La enfermedad representa entonces una situación crítica, que irrumpe y modifica el curso de la vida de una persona, acuciando con amenazas acerca de la pérdida de salud, la afectación de la calidad de vida, e incluso la muerte. La abrupta pérdida de control sobre lo que se creía garantizado conduce a una sensación de incertidumbre, miedo, e impotencia en relación a los propios recursos de afrontamiento. Será necesario tener en cuenta estos factores, claros productores de padecimiento, para que no se expandan apoderándose por completo de nuestro paciente mientras éste se encuentra solo y amedrentado en un cuarto de hospital.

El objetivo del trabajo, en palabras de Uzorkis (20213), será que el paciente se convierta en más activo para colaborar por su mejoría en conjunción con lo que realiza el equipo médico. El psicólogo será solamente un intermediario, nexos, entre lo vital constructivo del paciente y el arduo y constante trabajo del equipo médico para lograr su recuperación. En este sentido, el propósito de la inclusión del psicólogo dentro del equipo interdisciplinario de salud será trabajar con el paciente para que logre sortear la situación de enfermedad y tratamiento con el menos nivel de padecimiento posible.

### **Algunas especificidades de la onco-hematología**

Resulta fundamental tener presente que el diagnóstico de una enfermedad onco-hematológica en términos generales se realiza de manera abrupta, y el protocolo de tratamiento inicia con la misma vertiginosidad y sentido de urgencia. Esta es una particularidad que es menester no perder de vista ya que interviene en la capacidad de las personas para metabolizar la aparición de una enfermedad amenazante para la vida y de dicha tramitación psíquica dependerá la forma en que se atraviese el proceso de enfermedad y de tratamiento.

En términos generales el paciente onco-hematológico se acerca a un efector de salud a realizar un examen de sangre, ya sea por control o por experimentar algunos síntomas difusos y poco alarmantes como cansancio o fatiga, y termina hospitalizado sin demasiado conocimiento en relación al por qué pero aterrorizado tan sólo por las posibilidades.

En cuestión de horas o minutos su cotidianidad se verá interrumpida e intercambiada por otra plagada de máquinas, agujas y complejas palabras que hacen referencia a la propia salud y

que generan una sensación subjetiva de terror e impotencia. El ambiente hospitalario en el que instantáneamente permanecerá internado devuelve una realidad que resulta ajena; el camisolín, las vías, la presencia evaluadora de médicos y enfermeros. Es esperable que el paciente aún no pueda reconocerse como portando una enfermedad de estas características, por lo que es posible que se perciba incrédulo o confundido respecto de lo que sucede al tiempo que experimenta en carne propia la urgencia de que ésta situación se resuelva rápidamente.

Lejos de resolverse, el paciente va recibiendo información de que el proceso será largo e intentará interiorizarse sobre lo que le sucede. En mi corta experiencia con pacientes con leucemia he encontrado como una dificultad agregada para la elaboración del diagnóstico el hecho de que se trate de una enfermedad de la sangre, imposible de localizar en una parte del cuerpo, y que tenga una etiología tan imprevisible como difícil de incorporar en la continuidad de la historia del paciente. En algunos casos como los expuestos se cursó anteriormente otro tipo de cáncer, o una leucemia crónica, que puede haberse agudizado años más tarde por la exposición a la quimioterapia recibida, lo que si bien facilita la incorporación de la enfermedad dentro de la historia vital acrecienta exponencialmente la sensación de frustración e impotencia.

Tanto si se trata de un primer diagnóstico como de una recaída el tiempo de estudios previos a la implementación del tratamiento es relativamente breve, pronto el paciente comenzará a recibir un primer ciclo de quimioterapia intensiva que lo mantendrá hospitalizado durante al menos 4 semanas, dependiendo de las interurrencias que se presenten, y lo hará en aislamiento.

La fase de hospitalización constituye uno de los momentos de mayor vulnerabilidad psicológica. El estado de ánimo del paciente se verá condicionado por la pérdida de la intimidad, el incremento de la dependencia de la familia y del personal sanitario en los cuidados personales, la disminución de su capacidad funcional, la vulnerabilidad ante los efectos secundarios de la quimioterapia y la necesidad de adaptación a la monótona rutina diaria de un medio extraño que suele provocar una pérdida de interés por las cosas anteriormente significativas para la persona.

Se suma a lo anterior el carácter altamente intrusivo del tratamiento, lo que suele conducir al paciente a experimentar los procedimientos médicos indicados como un indicador de la gravedad del cuadro y probablemente le resulte complejo incorporarlos como terapéuticos por la sensación de indefensión que generan. Por otro lado, es usual que al tener que permanecer tiempos prolongados en cama, conectados a suministros médicos a través de vías y catéteres, los pacientes experimenten sensación de ansiedad, encierro o sin salida.

La potencia intrusiva del tratamiento, en una gran mayoría de los casos, se extenderá hasta producir modificaciones significativas a nivel del cuerpo, y de lo que se puede hacer con ese

cuerpo. La desvitalización producto del tratamiento resulta, a mi entender, uno de los factores con mayor potencia desubjetivante al tiempo que se constituye como un refuerzo para la vivencia de impotencia que invalida el despliegue de lo vital propio del paciente. Se le suma a esto una transformación de la apariencia física que se vive de manera egodistónica casi siempre. Frente a las modificaciones del cuerpo y a su correlato en la subjetividad resulta fundamental trabajar junto con el paciente para crear un sentido de continuidad que brinde alivio y sostén.

Lo cierto es que a medida que pasa el tiempo en el hospital el paciente va sintiendo que pierde control sobre todas las esferas de su vida, lo que incrementa ampliamente el padecimiento y nos interpela como interconsultores a trabajar para aumentar la sensación de control sobre aquellos aspectos de la vida diaria como el uso del tiempo en la internación y la capacidad de comunicar de qué manera le gustaría que lo acompañen o traten; todos aspectos pasibles de decisión si se vuelca trabajo en ellos. Habrá que tener presente que reforzar los recursos de afrontamiento de ninguna manera debe confundirse con desmentir el carácter imprevisible e incontrolable de la enfermedad, es importante también dar lugar al miedo que pueda surgir en el paciente de sufrir, cambiar o morir.

Siguiendo con lo antedicho, podríamos acordar con que la enfermedad, el tratamiento y la situación de internación se constituyen como una amenaza para la integridad física del paciente, y también para la psíquica en la medida que producen una discontinuidad con las representaciones con las que el paciente se identificaba previamente. El alcance de la amenaza se extiende hacia el pasado y también hacia el futuro, en la medida que la proximidad con la muerte pone en suspenso los proyectos y funciones que sostienen la identidad de un sujeto. Algo de esta irrupción es importante intentar de mitigar al reconectar a los pacientes con aspectos vitales y creativos de su personalidad. También será fundamental trabajar sobre los vínculos, el lugar que se ocupa para otros y cómo sostener su papel de hijo/a, hermano/a, novia en ésta nueva circunstancia. Este trabajo por supuesto no se trata de negar la posibilidad de la muerte, sino de acompañar al paciente a vivir sin tanto sufrimiento el tiempo que quede, tiempo que resulta desconocido para el total de los vivientes.

Al momento del alta también es posible observar algunas particularidades. Es frecuente que los pacientes estén en condiciones de egresar del hospital pero aún continúen enfermos y en plan de quimioterapia ambulatoria. Se hace presente entonces un sentimiento de esperanza junto al temor de abandonar un área protegida y la vigilancia continuada de un equipo médico. Al llegar a casa continuarán el tratamiento, experimentando síntomas secundarios a los efectos tóxicos de la medicación, lo que los mantendrá en cama y con una sensación constante de fatiga que podría acentuar la ruptura de la antigua representación del sí mismo si no se ha realizado un trabajo previo de regulación de las expectativas de curación depositadas en el egreso.

Se suma a lo anterior una larga lista de medidas de cuidado que implicarán algunas modificaciones a nivel del contacto y el vínculo con los otros significativos que es importante trabajar durante el tiempo de internación. Considero importante trabajar ampliando el abanico de posiciones subjetivas frente a la enfermedad, acompañando en la re-construcción de los lazos hacia una conceptualización que permita recuperar algo de la ficción que es importante para el sujeto. La cosa no se debate entre la posición de enfermo o la de negar la enfermedad, ambas son posturas invalidantes que será necesario matizar para que el paciente recupere el protagonismo de su propia experiencia.

### **Estrategias de Abordaje**

Dos son los efectos más relevantes que se desprenden directamente de la situación de internación y que por lo tanto considero deben ser abordados en el marco del trabajo como psicólogo interconsultor: la sensación de discontinuidad con la propia historia y la sensación de falta de control sobre lo que acontece.

Es en este sentido que se plantea que en toda intervención terapéutica en psico-oncología subyace un aspecto común que es la inducción de sensación de control en el paciente. El abanico de actuaciones que desarrolla el psicólogo, de forma directa o indirecta, tenderán a dotar al paciente de una mayor percepción de control para manejar la incertidumbre de la enfermedad y la despersonalización provocada por el entorno hospitalario (Baréz y Blasco, 2013).

Algunas de las estrategias planteadas por Peralta y Gulini para incrementar la sensación de control son: centrar la atención en los aspectos cotidianos de organización temporal de ocio y de dominio, ayudar en la reinterpretación de las actividades rutinarias (medicación, pruebas, alimentación) desde la indefensión e impotencia hacia la controlabilidad (ej: pensar el catéter como una forma de liberar las manos, que un familiar traiga algo rico para el almuerzo, etc), tornar la internación en una oportunidad para (ej: desarrollar un proyecto laboral, elaborar una producción artística) y encontrar recursos de distracción.

Además, la intervención psicológica trabaja las habilidades sociales del paciente, centradas en la forma de relacionarse y comunicarse con su entorno sociofamiliar con el objetivo de promover la participación en el planeamiento de sus cuidados (expresar de qué manera le gustaría ser acompañado, qué cosas quiero que me traigan, qué quiero que se lleven).

Otra estrategia planteada por Folkman y Creer (2000) también encuentra su eficacia en el contexto de la internación. El autor plantea que todo programa terapéutico para pacientes seriamente enfermos debe fomentar el bienestar, teniendo como finalidad 1) crear una oportunidad para un desafío, descubriendo qué es importante para el paciente y estableciendo un objetivo 2) Promover el cumplimiento del objetivo 3) Contribuir a que el paciente mantenga un estado anímico positivo.

Hay consenso entre los autores respecto de la correspondencia existente entre la sensación de bienestar/malestar y la percepción subjetiva del tiempo. Llanta Abeu y Pire Stuart (2008) sostienen que a través de la valoración subjetiva del tiempo se puede identificar rápidamente la presencia de sufrimiento. Creo viable entonces invertir la ecuación y pensar que interviniendo sobre el uso del tiempo en la internación, trabajando con el paciente para que encuentre actividades gratificantes que otorguen sentido de existencia, se logrará una percepción más ligera del tiempo y con esto se estaría interviniendo directamente sobre el objetivo central que es atenuar el padecimiento.

### Conclusión

El trabajo en la sala de hematología plantea, al menos para mí, el constante desafío de encontrarle el valor a la propia tarea. Al acercarme por primera vez a la cama de un paciente una sensación de sin sentido emerge en mí, frente al relato del horror sientto por un instante esa dolorosa sensación de impotencia. A medida que escucho intento buscar algún resabio de lo que ese paciente -aún desconocido para mí - es, para él y para sus otros significativos, con el objetivo de tirar de la cuerda y humanizar la experiencia. Actuar como un facilitador para que el paciente logre conectarse con un aspecto deseante, vital, que pueda expandir al inerte mundo del hospital será un objetivo central, junto con la posibilidad de reforzar aquellos aspectos de dominio. Pero es esperable que frente a algún malestar físico producto del tratamiento o una noticia desalentante todo lo con esmero construido vuelva a ponerse en cuestión. Y en ese instante, un nuevo trabajo personal para vencer la impotencia se hace presente también en mí.

Me gusta pensar, a la manera de una ética de trabajo a medida para éste campo de ejercicio de la psicología, aquello que Galende expresa en las siguientes palabras: “el simple trato personalizado que constituye al otro como cualitativamente importante puede tener un efecto positivo en el paciente. Lo impersonal o anónimo, por más eficiente que sea en lo técnico, despersonaliza. De manera que el hecho de atender a la situación del paciente internado, en donde prima la inermidad y el miedo real y descomunal entre aparatos y seres muy eficientes pero ajenos a lo que él puede sentir o temer es un cambio abismal que puede transformar la vivencia del paciente hospitalizado”.

En la misma línea, concuerdo con Uzorskis (2003) en que no se trata simplemente del hecho de ponerse en el lugar del otro, sino también de darle un sentido al propio trabajo. La tarea automática, que escamotea la trascendencia de lo que implica, tiene efectos también para el propio sujeto que la ejecuta. No es posible desobjetivar al otro sin despersonalizarse uno (Uzorskis, 2003).

### BIBLIOGRAFÍA

- Arranz, P., & Coca, C. (2003). Intervención psicológica en un servicio de Hematología [Psychological intervention in a hematology department]. In E. Remor, P Arranz, & C. Ulla, *El psicólogo en el ámbito hospitalario* [Psychologist in the hospital setting] (pp. 641-678). Bilbao: Desclee De Brouwer.
- Arranz, P., Coca, C., Bayés, R., Rincón, C., Hernández Navarro, F. (2003) Intervención psicológica en pacientes que deben someterse a un trasplante de médula ósea. *Psicooncología* Num 1 (pp.93-105)
- Barés, M., Blasco, T., Fernandez Castro, J. (2003) *The Feelings of control induced by psychological intervention in cancer patients: are they the main key to explain the efficacy observed?* *Annals of Psychology*, 19(2), (pp. 235-246) Retrieved from <https://revistas.um.es/analesps/article/view/27701>
- Bayés, R. (2000). Los tiempos de espera en medicina [Waiting times in medicine]. *Medicina Clínica*, 114, 464-467.
- Bayés, R., Limonero, J.T., Barreto, P, & Comas, M.D. (1997). A way to screen for suffering in palliative care. *Journal Palliative Care*, 13, 22-26.
- Bayés, R. (2010). *Aproximación a la historia y perspectivas de la psicología del sufrimiento y de la muerte en España*. Información psicológica. Num 100. (pp 7-13)
- Cruzado, J. A., Barbero, J., Peralta, V. B., & Gulini, M. (2010). Intervención psicológica en un caso de leucemia mieloide aguda con problemas de adaptación a la hospitalización y trastorno psicótico inducido por sustancias. *Psicooncología*, 7(1), 193 - 205. Recuperado a partir de <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC1010120193A>
- Fraisse, P. (1984). Perception and estimation of time. *Annual Review of psychology*, 35, 1-36. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.35.1.1>
- Hou, W.K., Law, C.C., & Fu, Y. T. (2010). Does change in positive affect mediate and/or moderate the impact of symptom distress on psychological adjustment after cancer diagnosis? A prospective analysis. *Psychology & Health*, 25(4), 417-431.
- Linares, S., Moratalla, A., Romero, A., Pablos, J., Lopez, P., Navarro, P. A., Almagro, M. (2007). *Información, Ansiedad y depresión en pacientes sometidos a trasplante de progenitores Hematopoyéticos (TPH) en un estudio de intervención psicológica*. Revista Interdisciplinar de Psicooncología, vol. 4, num 1. España, Madrid.
- Linares-Fernandez, S., Marfil, P., Nieves, M., Cruz Quintana, F., Romero, A., Moratalla, L., (2017). *Psycho-oncological intervention in haematopoietic progenitor cell transplant (HPT): Effects of emotional impact*. *Terapia Psicológica*, vol. 35, núm. 3, (pp. 259-270) Chile, Santiago de Chile.
- Llantá Abreu, M., Pire Stuart, P., Grau Avalo, J., Vilau Prieto, Massip Perez, C., Grau Avalo, R., Ortíz Viveros, G. (2008). *Evaluación del sufrimiento en pacientes con quimioterapia del instituto Cubano de Oncología y RadioBiología*, Psicología y Salud. Julio/Dic. Año/ Volumen 18 (pp. 149-154). México, Xalapa.
- Uzorskis, B. (2002). *Clínica de la Subjetividad en Territorio Médico*, Argentina: Editorial Letra Viva.