

Distancia afectiva médico-paciente y evolución del trasplante de médula ósea

Elena Catalá Ortuño, Juan Rodado Martínez y Carlota Ibáñez Guardiola

INTRODUCCIÓN

Si pensamos en las enfermedades somáticas, podemos apreciar que los médicos clínicos son quienes atienden primero a los pacientes con este tipo de enfermedades y en muchos casos reciben una demanda de atención psicológica que, aunque en ocasiones saben detectar, no logran encausar ni mucho menos satisfacer. De ahí que haya una incongruencia entre la aceptación de los “factores psicológicos” y la conducta posterior, tanto del médico como del paciente.

Por parte del psicoanálisis, clásicamente, la acentuación de las diferencias entre histeria y psicósomática y la utilización de frases hechas y eufemismos promueve la tendencia a dejar el problema psicósomático en manos del médico y en el campo de la medicina, o a encarar psicoterapias que abordan al paciente acertadamente en un plano superficial, pero que luego no avanzan a planos más profundos con la excusa teórica de los “déficits” que el paciente presenta.

Esta realidad entra en contradicción por un lado con la propia idea de Freud sobre la enfermedad somática y sobre la relación entre la psique y el soma.

Ya en la descripción de las vivencias de satisfacción y de dolor, Freud nos provee ejemplos de asociación de elementos heterogéneos en el psiquismo, configurando huellas mnémicas complejas. Por ejemplo, en la vivencia de satisfacción movimientos digestivos del estómago quedan asociados con el recuerdo del pecho materno y su reactivación por la renovación del estado de necesidad (hambre) (Freud, S.; 1895).

En su descripción de los “caminos de influjo recíproco”, Freud describe cómo elementos heterogéneos se influyen entre sí (Freud, S.; 1905). Allí dice que toda modificación que se efectúe en el campo de las necesidades y funciones biológicas puede tener una incidencia en la

erogeneidad vinculada con el órgano que cumple dichas funciones. Y recíprocamente, toda modificación en la erogeneidad de un órgano puede afectar sus funciones biológicas (Freud, S.; 1905 a: 1214).

Pero es que también entra en contradicción con las descripciones y el trabajo que el psicoanalista Michael Balint llevó a cabo en los años 50 con médicos de familia sobre la relación de estos con sus pacientes y la importancia de la misma en el devenir y pronóstico de las enfermedades somáticas.

Balint argumentó que la relación clínica es algo más que acciones y comportamientos y que incluye los sentimientos y las ideas ligadas a estos. El creía que en esta relación se dan una serie de fenómenos que tienen que ver con esta dimensión emocional. Balint razonaba que los médicos tienen una serie de actitudes individuales hacia el paciente, expectativas acerca de su comportamiento y modos establecidos de relacionarse con ellos que dependen de sus creencias y personalidad.

También desarrollo la idea de que de que el propio médico es un componente central de la terapia. Es más, subrayaba que el medicamento más utilizado en la consulta es el propio médico y este puede tener efectos curativos o dañinos.

Tomando tanto la idea de Freud, como las de Balint, como Psicoanalistas y como médicos hemos querido poner el foco de atención en la relación que establecemos con nuestros pacientes, en su vinculación a nosotros como terapeutas y como médicos y como las vicisitudes de esta influirán en el pronóstico de la enfermedad.

Apego, distancia, proximidad y la proxémica de Hall

La teoría del apego postula la necesidad humana de formar vínculos afectivos estrechos que se manifiestan en

conductas de proximidad, alejamiento y contacto con el cuidador, así como a través de reacciones afectivas frente a la separación.

En este sentido, el apego puede relacionarse con una disciplina llamada proxémica, desarrollada por el antropólogo Edward T. Hall, que mide las configuraciones espaciales de los seres humanos en términos de distancia.

Teniendo en cuenta que en términos generales la conducta de apego es la búsqueda de proximidad a seres que se consideran protectores, las configuraciones de distancia y rechazo juegan un rol fundamental y son exploradas en muchas de las preguntas de la Entrevista de Apego del Adulto (AAI). Esta distancia está pensada más como afectiva que como física pero el uso de términos “sentirse próximo” y el énfasis puesto en las experiencias de separación de los progenitores, muestra que existe una base de experiencias corporales, como por ejemplo las experiencias táctiles de separación, cercanía u proximidad, que sirven de sustrato sobre el cual se montan las experiencias afectivas de sentirse cerca o lejos de alguien. Estas experiencias afectivas ya no son más táctiles porque han sufrido las modificaciones impuestas por el lenguaje y la cultura: hoy en día ya no hace falta tocar a alguien para sentirlo cerca (Ulnik, 2004).

El término proxémica fue acuñado por el antropólogo estadounidense Edward T. Hall en 1963. En sus investigaciones, señalaba que todo organismo tiene un límite detectable. Y de esa manera consideraba que entre un individuo y otro debe haber un espacio determinado dependiendo de las circunstancias y el entorno.

La proxémica estudia el uso y la percepción del espacio social y personal, es decir, de proximidad o alejamiento entre las personas y los objetos durante la interacción, las posturas adoptadas y la existencia o ausencia de contacto físico.

Lo interesante es el empleo y la percepción que el ser humano hace de su espacio físico, de su intimidad personal, de cómo y con quién lo utiliza, en diferentes ámbitos de su vida. El manejo que el hombre hace del espacio y de la distancia con los demás configura un nivel de signos que se transmiten no verbalmente y que condicionan sus relaciones y conflictos con los demás.

Por tanto, la proxémica es un tipo de comunicación no lingüística establecida mediante signos que se constituyen a través de configuraciones espaciales de distancia, como por ejemplo la distancia de una persona respecto a su interlocutor. De este modo, el hombre es concebido con unos límites que van más allá de su cuerpo y que son dinámicos para cada situación relacional.

Hall (1963) describió 8 tipos de distancias entre dos interlocutores y las agrupó en 4, que llamó: distancia pública, social, personal e íntima.

- Distancia pública: es la que suele utilizarse en los lugares públicos, donde hay personas desconocidas. Generalmente es mayor de 3,60 m y es la que se utiliza, por ejemplo, en conferencias, aeropuertos, etc.

- Distancia social: es la que un animal social necesita para estar en contacto con su grupo, la distancia que utilizamos para interactuar con las personas en nuestra vida



cotidiana, personas con las que no tenemos relación de amistad, como un médico, un albañil, etc. Es aproximadamente de 1,20m.

- Distancia personal: es la que se utiliza en relaciones cercanas, como por ejemplo entre familiares y amigos. La distancia está entre 45-120 cm. Si estiramos el brazo, llegamos a tocar la persona con la que estamos manteniendo la conversación.

- Distancia íntima: es la más cercana y está limitada a personas con las que se tiene algún vínculo íntimo, como por ejemplo la familia, la pareja, amigos. La comunicación se realizará también a través de la mirada, el tacto y el sonido. La distancia puede oscilar de 0 a 45 cm; si es inferior a 15 cm se considera zona sub-intima o zona íntima privada.

En este sentido, los aportes de Hall son muy interesantes, ya que identifica varios factores determinantes para estas distancias, además del cultural, como: la situación social, el género y la preferencia individual (Hall, 1963).

Pensamos, que en población con enfermedades somáticas y especialmente en las enfermedades graves que son incapacitantes y requieren múltiples tratamientos e ingresos hospitalarios, estas distancias se modificarán. Al menos, en el proceso del trasplante, por un factor esencial que es la inmunosupresión y sus consecuencias, una de ellas el aislamiento físico requerido para evitar la exposición al contagio.

DISTANCIA AFECTIVA Y TEST DE LAS DISTANCIAS AFECTIVAS (ULNIK)

El concepto de distancia tomado por Hall es un concepto mensurable. Cuando en psicoanálisis hablamos de distancia, nos referimos a una idea abstracta, no fácilmente medible, que nos permite decir que un paciente pone distancia afectiva o que establece una doble distancia con el objeto.

La idea de distancia, tanto física como psíquica, es una construcción teórica que se desarrolla arbitrariamente para establecer un orden en el espacio real que escapa a nuestra posibilidad de percepción e incluso de comprensión.

Existe un concepto de distancia establecido por la física y que podríamos definir como el intervalo que separa dos puntos en el espacio. Pero según el diccionario de la RAE, la distancia también puede ser la diferencia entre una cosa y otra. Con esta definición vemos cómo la distancia física puede ser representativa de una discriminación o separación de índole no sólo física. El concepto de distancia utilizado en psicoanálisis es aún más amplio, pues las cualidades de cercanía, lejanía y movilidad espacial y temporal del objeto no estarán sujetas sólo al orden del espacio topográfico y del tiempo cronológico sin tam-

bién a la realidad psíquica. Esta idea sumada a la consideración de la afectividad dentro de un modelo que toma en cuenta lo intrapsíquico pero también lo intersubjetivo, permite proponer el concepto de distancia afectiva como la resultante de ambos tipos de distancia: la física y la emocional (Ulnik, 2004).

Siguiendo el marco teórico de la proxémica, existen distancias que se van alejando progresivamente y corresponden a diversas áreas sociales que Hall separó en íntima, personal, social y pública. Relacionándolo con la clasificación de este autor, Ulnik formuló un test con un esquema similar para medir las diferentes distancias afectivas. Y así las divide en: área sexual, el área familiar, el área laboral, el área médica y el área paranoide (Ulnik, 2015).

El test examina la capacidad de distinguir distancias afectivas diferentes para cada vínculo. De esta manera se materializa por ejemplo lo que observamos en la clínica respecto de la relación médico-paciente y relación terapeuta-paciente, porque se pueden observar distancias tanto fusionales y de características simbióticas como distantes y contradictorias (Ulnik, 2014).

A la vez, se pueden comparar las distancias en distintos vínculos, como por ejemplo con los padres, con los enemigos o con el partenaire sexual. Y también podemos observar la evolución vincular en el tiempo en cada paciente, en los tres momentos diferentes del proceso del trasplante hematopoyético en el que es tomado el test. Este método permite observar y evaluar algunos fenómenos clínicos.

Los procesos que requieren alta frecuentación hospitalaria con ingresos y tratamientos agresivos, afectan la calidad de vida y las relaciones interpersonales. Y es frecuente que estos pacientes reflejen sus dificultades en el establecimiento de límites en los modos vinculares que desarrollan (Ulnik, 2014).

Compartimos esta opinión y el resultado de estos estudios y pensamos que las investigaciones realizadas con distancias afectivas en pacientes con enfermedades de la piel podríamos trasladarlas a los pacientes de nuestro estudio, con enfermedades hematológicas y en proceso de trasplante.

ESTUDIO DE LA RELACIÓN PACIENTE-DOCTOR (PD) A TRAVÉS DEL TEST DE LAS DISTANCIAS AFECTIVAS:

Algunos autores han planteado que los pacientes clasificados como difíciles de tratar existe un conflicto interno, caracterizado por su necesidad de proximidad con los demás y al mismo tiempo temor a dicha cercanía, lo que genera conductas de distancia. Ulnik et al, (2014) han estudiado este conflicto interno de proximidad y distancia, a través del TDA, en pacientes con enfermedades crónicas de la piel difíciles de tratar (Ulnik et al, 2014).

En nuestra opinión, los pacientes con enfermedades hematológicas tienen varios puntos en común con los pacientes dermatológicos como, por ejemplo, la cronicidad de la enfermedad, las visitas frecuentes al médico y la dificultad de su tratamiento. Y al igual que ocurre con los pacientes con enfermedades de la piel, en algunos pacientes con cáncer hematológico se observa una buena adherencia a la persona del médico y en otros, por el contrario, se encuentra una tendencia a desprenderse bruscamente. Ulnik lo traduce como conductas que son expresión de fantasías y mecanismos de defensas inconscientes que surgen en respuesta a experiencias vitales de la infancia que involucran las relaciones más significativas con los objetos primarios. Y ha considerado que el conflicto de proximidad-distancia podría estar relacionado con una madre fría o una madre atrapante y esa experiencia de apego determinaría conductas que luego se manifiestan en la relación con el médico y en el modo en que el sujeto se vincula con su enfermedad (Ulnik et al, 2014).

Según estos estudios, los resultados de los tratamientos a veces no se deben a la propia enfermedad sino a las características psicológicas de los pacientes y los vínculos que establecen (Ulnik et al, 2014). En nuestra opinión, factores psicológicos y de vinculación también pueden estar influyendo en el desenlace del trasplante hematopoyético y por esa razón insistimos en dichas evaluaciones.

Otros estudios también evaluaron algunos aspectos importantes en esta interacción médico-paciente y llamaron "paciente difícil" a aquel que no responde a la terapéutica estándar o al que no logra una relación satisfactoria con el médico por presentar querellas infundadas, enojo injustificado y dificultades para establecer una relación de confianza interpersonal. Y es que en el vínculo médico-paciente se generan dificultades; por la misma cronicidad de la enfermedad, el paciente adopta una serie de conductas que lo transforman en paciente difícil. La mayoría de las investigaciones concluyen que es esencial mejorar la comunicación médico-paciente y que el médico debe tener en cuenta el malestar subjetivo que el paciente presenta (Ulnik, 2004).

OBJETIVO E HIPÓTESIS

Nuestro objetivo en esta investigación es averiguar la importancia que la relación paciente-médico tiene sobre el pronóstico de la enfermedad y sugerir cómo estas interacciones paciente-médico responden a patrones construidos los primeros estadios del desarrollo de un individuo.

Y destacar que las respuestas de los pacientes en estas interacciones pueden ser interpretadas por los profesionales como reacciones obstaculizantes, cuando podríamos darle el valor de **indicadores de temores**, y así calmar y acompañar, **facilitando una variación positiva**

en la respuesta.

Para ello tomamos a pacientes en proceso de trasplante de médula ósea, pues como psicoanalistas médicos en un hospital se nos consultaba por muchos de estos pacientes desde el Servicio de Onco-Hematología.

El trasplante de médula ósea es un procedimiento médico altamente especializado y complejo, que tiene como objetivo sustituir el tejido médula ósea y se utiliza fundamentalmente para el tratamiento de pacientes con cáncer hematológico como leucemias, mielomas, linfomas u otros.

Existen multitud de estudios que hablan de variables psicosociales relacionadas con el desenlace del trasplante médula ósea, aunque la información sobre su influencia es contradictoria.

MATERIAL Y MÉTODO

¿Qué variables se han estudiado?

1. Variable psicológica: **Distancia Afectiva paciente-médico** medida **antes del trasplante de médula ósea**, con el Test de las Distancias Afectivas (en mm), y posteriormente agrupadas en categorías. Para el análisis hemos utilizado estas **categorías** de distancias, que para la relación **Paciente-Doctor** son: 1-en contacto, 2-alcanzable, 3-cercano, 4-distante, 5-muy distante (ver Tablas 1 y 3).
2. Variable biológica: se registró **la Supervivencia Global post-trasplante (SG)**, que incluye a todos los pacientes **vivos**, tras el trasplante. La Supervivencia Global (SG), se ha evaluado a los **3 meses, 6 meses, 12 meses y 24 meses post-trasplante**.

¿Qué tipo de estudio es?

Se trata de un estudio **longitudinal prospectivo**, en el que se incluyeron a todos los pacientes sometidos a trasplante hematopoyético en el Hospital Morales Meseguer de Murcia durante un período de 16 meses. Se incluyeron 49 pacientes (24 mujeres y 25 varones). En el presente trabajo, se relacionan variables psicológicas con aspectos biológicos evolutivos del trasplante.

Test de las Distancias Afectivas (ver Anexo al final del documento)

Consiste en una serie de láminas milimetradas en las cuales aparece una figura humana impresa en el extremo izquierdo. Cada una de las láminas presenta una consigna referida a una situación vincular, tales como: la relación con la madre, el padre, el amigo, el compañero de trabajo, el partenaire sexual, el enemigo, el presidente, el médico, el donante, etc.

Se le ofrecen al entrevistado una serie de figuras humanas autoadhesivas. El sujeto tiene que pegar una de esas figuras en cada lámina, a la distancia de la figura impresa que considere apropiada de acuerdo a la situación vincular consignada. Por ejemplo: "imagínese que el muñequito que está en el borde de la hoja es usted. Despegue uno de los muñequitos autoadhesivos e imagínese que es el doctor. Péguelo en la hoja, a la distancia que le parezca. La distancia mínima posible es un muñequito encima de otro, la máxima posible es hasta donde llegan los cuadrados" (ver Anexo 1).

La distancia en cada lámina se mide en milímetros y luego es agrupada en 11 unidades de distancia diferentes, que van desde el contacto total (distancia cero) hasta la distancia máxima, que es al otro lado de donde está la figura impresa. Las categorías resultantes son las siguientes (ver Ilustración 1).

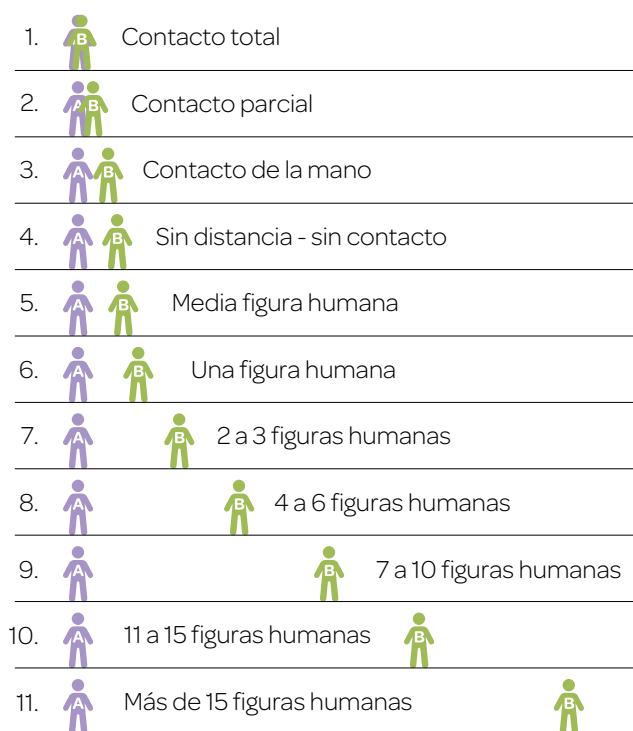


Ilustración 1. Unidades de distancia (Ulnik et al, 2014)

Si bien el Test de Distancias Afectivas permite obtener valores cuantitativos porque las distancias entre las figuras humanas en cada lámina se pueden medir, es importante destacar que las respuestas tienen a su vez un valor **cuantitativo** que varía según el área vincular que estemos investigando. Por ejemplo, las 3 primeras categorías representan a las figuras humanas en contacto, siendo 1 el contacto total por la superposición completa de las figuras y 3 el contacto mínimo de estar "de la mano" o apenas tocándose con la punta de los dedos (Ulnik, 2014).

Estas tres unidades de distancia (1, 2 y 3) representan un área íntima en la que pequeñas diferencias pueden ser altamente significativas. Tanto en el vínculo de la sexuali-

dad como en el de la relación madre-niño cada milímetro de distancia entre las figuras puede tener un gran valor cualitativo, aunque la distancia física sea siempre cercana y apenas diferente entre una y otra respuesta.

Así como hay diferencias cualitativas según las áreas vinculares, también hay diferencias cualitativas según la relación que estemos explorando. Así, al estudiar la sexualidad, podemos agrupar las respuestas 1, 2 y 3 bajo el parámetro "en contacto" y todas las demás bajo el parámetro "sin contacto" (Ulnik, 2013).

En la relación **Paciente-Doctor (PD)**, que es la que evaluamos en este trabajo, consideramos una distancia alcanzable y más esperable hasta la unidad de distancia 6 (corresponden con números 1 y 2), pues aunque ya no haya contacto, **para este tipo de vinculación se considera que es cercana cuando está accesible**. A partir de la unidad de distancia 8 (números 4 y 5) ya se considera distante (ver Tabla 1 e Ilustración 1).

FH	Tipos de contacto	Paciente-Doctor
1	Contacto total	1. En contacto
2	Contacto parcial	
3	De la mano	
4	Sin distancia	2. Alcanzable
	Sin contacto	
5	1/2 FH	3. Cercano
6	1 FH	
7	2 a 3 FH	4. Distante
8	4 a 6 FH	
9	7 a 10 FH	
10	11 a 15 FH	5. Muy distante
11	+ de 15 FH	

Tabla 1. Categorías de distancia (FH) para paciente-doctor (Ulnik 2014)

Una vez categorizadas las Distancias Afectivas paciente-doctor evaluadas antes del trasplante y con el registro de la supervivencia tras el trasplante de médula ósea, se realizó el análisis estadístico entre ambas variables en busca de asociaciones.

Los análisis fueron realizados en Excel y SPSS. Se evaluó la normalidad de las variables cuantitativas mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Tras comprobar dicha normalidad, se usó la prueba t y ANOVA para evaluar diferencias entre variables cuantitativas, y el test chi-cuadrado para analizar la asociación entre variables cualitativas.

RESULTADOS

Distancias afectivas paciente-doctor y supervivencia post-trasplante

Se evaluó la relación con la supervivencia considerando las categorías de manera individual: **1-en contacto, 2-alcanzable, 3-cercano, 4-distante**. Ningún paciente situó al doctor a la distancia 5-muy distante, por lo que esta última categoría no se tuvo en cuenta.

En el análisis de categorías se observa que los **pacientes que contestaron con la distancia 1 (“en contacto”) sobrevivieron todos, tanto a los 3 como a los 6 y a los 12 meses post-trasplante**. A los 12 meses, hasta el **55% de los pacientes vivos habían situado al doctor en 1 (“en contacto”)**, con un p-valor 0.059 (ver Tabla 2). Sin embargo, no hubo asociación significativa aunque quedó muy cerca de hacerlo y debido a ésta y apreciando la tendencia se analizó la supervivencia global a los 24 meses.

Supervivencia global				
Distancias afectivas Paciente-Doctor (4 grupos)		Vivo	Fallecido	p-valor
SG 3 m	1	22 (49%)	0 (0%)	0,326
	2	11 (24%)	1 (50%)	
	3	6 (13%)	1 (50%)	
	4	6 (13%)	0 (0%)	
SG 6 m	1	22 (51%)	0 (0%)	0,274
	2	10 (23%)	2 (50%)	
	3	6 (14%)	1 (25%)	
	4	5 (12%)	1 (25%)	
SG 12 m	1	22 (55%)	0 (0%)	0,059
	2	9 (22%)	3 (43%)	
	3	5 (12%)	2 (29%)	
	4	4 (10%)	2 (29%)	

Tabla 2. Distancia afectiva paciente doctor y SG

De acuerdo a los resultados del análisis de la **supervivencia global a los 24 meses** respecto a las distancias afectivas paciente-doctor, se evidenció una **asociación estadísticamente significativa** (p-valor 0.048) entre los **pacientes que habían situado al doctor a la distancia 1 (“en contacto”) al inicio del trasplante y una mayor supervivencia global a los 24 m**. El 57% de los supervivientes había situado al médico en contacto y sólo un paciente de los que contestaron con 1 falleció. Para esta relación se observó el valor de los residuos tipi-

ficados corregidos, que fue mayor de 1,96 para esta asociación (2,6) (ver Tabla 3).

Supervivencia global				
Distancias afectivas Paciente-Doctor (4 grupos)		Vivo	Fallecido	p-valor
SG 24 m	1	21 (57%) 2,6	1 (10%) -2,6	0,048
	2	8 (22%) -1,2	4 (40%) +1,2	
	3	5 (14%) -0,5	2 (20%) 0,5	
	4	3 (8%) -1,8	3 (30%) 1,8	

Tabla 3. Distancia afectiva paciente-doctor y SG

La Ilustración 2 refleja la tendencia asociativa de la distancia paciente-doctor (PD) en contacto en relación con la supervivencia global post-trasplante (SG). Se observa que a mayor tiempo post-trasplante existe mayor relación entre situar al doctor a una distancia 1 (en contacto) con mayor supervivencia.

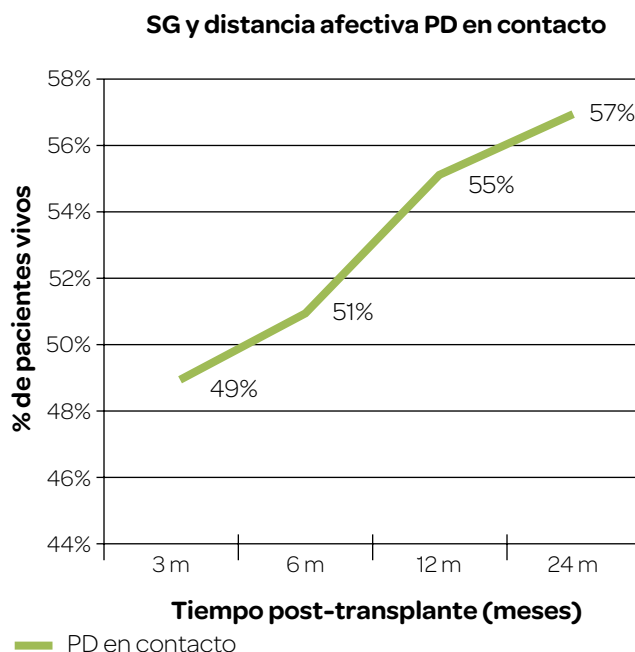


Ilustración 2. SG y distancia afectiva PD “en contacto” (1)

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Distancia afectiva Paciente-Doctor como predictiva de supervivencia post-trasplante

El objetivo era **evaluar la relación entre las distancias afectivas Paciente-Doctor de los pacientes antes del trasplante y la supervivencia post-trasplante**. Para ello,

hemos administrado el Test de las Distancias Afectivas, que mide basándose en la proyección sobre una distancia espacial de una vivencia intrapsíquica de distancia emocional.

Hemos evaluado las distancias afectivas paciente-doctor y analizado su asociación con la supervivencia post-trasplante. Las recientes investigaciones realizadas a través del Test de las Distancias Afectivas, han asociado diferentes distancias afectivas a diferentes grados de respuesta al tratamiento, en pacientes con enfermedades crónicas de la piel (Ulnik et al, 2014). Y pensamos que estos resultados pueden aplicarse a pacientes en proceso de trasplante hematopoyético.

Tomando la clasificación de Hall, cuya disciplina mide las configuraciones espaciales de los seres humanos en términos de distancia, el **médico pertenecería al grupo de “distancia social”**, que es la distancia interpersonal que un individuo utiliza para estar en contacto con los de su grupo cuando no existe una relación de amistad.

Teniendo en cuenta que la **conducta de apego es la búsqueda de proximidad a seres que se consideran protectores**, las configuraciones de distancia, pensadas más como afectivas que como físicas, pueden modificarse en determinadas circunstancias (Ulnik, 2004). Pensamos que en **pacientes con enfermedades graves que ponen en riesgo la integridad física y emocional y que necesitan cuidados estrechos, las distancias respecto al médico se modificarían y el médico entraría a formar parte del grupo de personas situadas a “distancia íntima”** respecto del paciente. La distancia íntima es la más cercana, la que establecemos con la familia, y en la que **la comunicación también se realiza con la mirada, el tacto y el sonido** (Hall, 1963). Y por ello, **la relación con el médico en estos momentos ocuparía un lugar privilegiado, que en nuestra opinión condicionaría gran parte del bienestar del paciente, así como aspectos evolutivos del trasplante.**

Nuestra hipótesis en este apartado del estudio era que **pacientes con distancias afectivas más cercanas para la relación paciente-doctor tendrán mayor supervivencia post-trasplante.**

Entendemos que una adecuada vinculación con el médico favorece el proceso terapéutico. Y creemos que es posible conocer algunos aspectos vinculares del paciente con el médico gracias a la medición de la distancia afectiva paciente-doctor a través del Test de las Distancias Afectivas, pues se materializa lo que se observa en la clínica respecto a la relación médico-paciente (Ulnik, 2014).

Y en este estudio, **pacientes que situaron al médico a distancias más cercanas (en contacto) sobrevivieron más que pacientes que lo situaron a mayores distancias (no contacto)**. Apreciándose esta tendencia desde los 12 meses post-trasplante y **asociándose significativamente a la supervivencia a los 24 meses post-trasplante.**

Por lo que **podemos identificar a 1, es decir, situar al doctor en contacto con el paciente antes del trasplante, como factor protector relacionado con la supervivencia a los 24 meses post-trasplante.**

Este resultado constituye un hallazgo clínico muy valioso que **vincula estrechamente la relación paciente-médico a la evolución del trasplante** y en ella identificamos dos cuestiones primordiales que esclarecen los resultados:

- Una cuestión es el propio **médico**, su tipo de respuestas y la forma que tiene de acercarse al enfermo. Son factores que tendrían más que ver con **aspectos actuales de la relación con el médico**, que tienen mucho peso en el modo en que el paciente vive esa relación en términos de **accesibilidad-cercanía del médico**. En este enfoque de pensamiento, algunos estudios han identificado aspectos en el **médico** valorados como positivos por los pacientes, como hablar directamente del problema y estimular la autonomía del paciente para decisiones acerca de su enfermedad (Dermatis et al, 1991). Estos elementos podrían marcar diferencias importantes en aspectos básicos derivados de la relación con el médico, como la asistencia a las consultas, la adherencia al tratamiento e incluso la confianza básica en el buen desenlace del proceso de trasplante hematopoyético.
- Una segunda cuestión, relacionada con el **paciente**, tiene que ver con la teorización que Bowlby propuso acerca de los modelos internos activos del self y de cómo **las primeras relaciones proveen prototipos para todas las relaciones ulteriores**. Es decir, que los patrones en la relación que una persona ha tenido en su infancia determina aspectos importantes de su **organización psíquica en relación a los vínculos** de apego. Así como en las estrategias que elige inconscientemente en relación con los otros, **particularmente en los vínculos íntimos**. Según Marrone, consiste en la **interiorización de una relación temprana y de su exteriorización en el presente** (Marrone, 2001). Por ello el paciente establecerá una relación con el médico de manera similar al resto de relaciones y conforme fue en los primeros vínculos.

Además, en este caso el tipo de vínculo se dará de manera más clara, ya que **la figura del médico en estos pacientes graves ocupa el lugar de un vínculo íntimo**. Por tanto, **la relación con el médico**, ahora vivida como íntima por el paciente, **facilitaría la reedición vincular con imagos parentales**. Se aprecia la huella de lo vincular en la relación objetiva: todos los médicos no son iguales pero los pacientes en una relación estrecha y continua depositan en ellos parte de sus imagos parentales y su dinámica vincular (lo que Bowlby llama “model internal working”).

CONCLUIMOS QUE:

Situar al doctor lo más cerca posible constituye un factor protector de supervivencia a los 2 años del trasplante. Estos pacientes han situado al doctor como fuente de seguridad.

Esta fuente de seguridad es la función primaria de las relaciones de apego, especialmente **en situaciones que provocan miedo o ansiedad.** Un niño busca activamente contacto con su cuidador durante los episodios de reencuentro y lo usa con eficacia como fuente de consuelo.

Por ello consideramos que: **para un paciente en situación de riesgo de muerte, el médico ocupe un lugar más que cercano, ocupando el lugar de fuente de seguridad necesaria para sentirse protegido, confiado, y capaz de sobrevivir al proceso del trasplante y enfermedad.**

BIBLIOGRAFÍA

- Barba, P.; Caballero, D.; López-Corral, L.. *Máster en Trasplante Hematopoyético*. Universitat de València. 2015, 1-45.
- Barba, P. et al. Combination of the Hematopoietic Cell Transplantation Comorbidity Index and the European Group for Blood and Marrow Transplantation score allows a better stratification of high-risk patients undergoing reduced-toxicity allogeneic hematopoietic cell transplantation. *Biol Blood Marrow Transplant*. 2014, 20, 66-72.
- Barrera, M.; Boyd-Pringle, LA.; Sumbler, K.; Saunders, F. Quality of life and behavioral adjustment after pediatric bone marrow transplantation. *Bone Marrow Transplant*. 2000, 26, 427-35.
- Barcia, D. Las raíces históricas del pensamiento psicosomático. *Psiquis* 1998, 19, 5, 171-181
- Bazzazian, S.; Besharat, M.A. An explanatory model of adjustment to type I diabetes based on attachment, coping, and self-regulation theories. *Psychol Health Med*. 2012, 17, 47-58.
- Bowlby, J. *Attachment and Loss. Attachment*. London. Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis. 1969, Vol. 1
- Carreras, E.; Rovira, M.; Martínez, C. Manual de Trasplante Hematopoyético; Escafet Zamora: Barcelona, 2010.
- Criado Del Valle, y cols. Psicooncología: alteraciones psicológicas durante el trasplante de médula osea autólogo. *Actas Luso-españolas Neur. Psiquiatr*. 1998, 26, 130-138.
- Dahan, J.F.; Auerbach, C.F. A qualitative study of the trauma and posttraumatic growth of multiple myeloma patients treated with peripheral blood stem cell transplant. *Palliat Support Care*. 2006, 4, 365-87
- Fonagy, P. Teoría del apego y psicoanálisis; Espaxs: Barcelona, 2004.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Leigh, T., Kennedy, R., Mattoon, G., & Target, M.) *Attachment, the reflective self, and borderline states: The predictive specificity of the Adult Attachment Interview and pathological emotional development*; In S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr: Attachment theory: Social, developmental and clinical perspectives: New York, 1995; pp 233-278.
- Kobak, R. R.; Sceery, A. Attachment in late adolescence: Working models, affect regulation, and representations of self and others. *Child Development*. 1988, 59, 135-146.
- Kessler, R.; McGonagle, K.; Nelson, C. et al. Sex and depression in the National Comorbidity Survey. II: Cohort effects. *J. Affective Disorders*. 1994, 30, 15-26.
- Kuscu, M.K.; Dural, U.; Onen, P.; Yasa, Y.; Yayla, M.; Basaran, G.; Turhal, S.; Bekiroglu, N. The association between individual attachment patterns, the perceived social support, and the psychological well-being of Turkish informal caregivers. *Psychooncology*. 2009, 18, 927-35.
- Lee, H.G.; Park, E.Y.; Kim, H.M.; Kim, K.; Kim, W.S.; Yoon, S.S.; Kang, W.K.; Park, K.C.; Park, Korean, J. Sexuality and quality of life after hematopoietic stem cell transplantation. *Intern Med*. 2002, 17, 19-23.
- Lee, S.J.; Vogelsang, G.; Flowers, M.E. Chronic graft-versus-host disease. *Biology of Blood and Marrow Transplantation*. 2003, 9, 215-233.
- Marrone, M. *La teoría del apego, un enfoque actual*; Prismática: Madrid, 2001.
- Marty, P. *La psicósomática del adulto*; Amorrortu: Buenos Aires, 1992.
- Schore, A. Affect Regulation and the Origin of the Self: The Neurobiology of Emotional Development. Hillsdale, Lawrence Erlbaum Associates. N.J.: 1994.
- Schore, A. Effects of a Secure Attachment Relationship on Right Brain Development, Affect Regulation and Infant Mental Health. *Infant Mental Health Journal*. 2001, 22, 7-66.
- Sullivan, A. K. *Psychological risk factors and early complications after bone marrow transplantation in adults*; Bone marrow transplantation 1999, 24, 1109-1120.
- Trask, P.C.; Paterson, A.; Riba, M.; Brines, B.; Griffith, K.; Parker, P.; Weick, J.;
- Ulnik, J.; Czerlowski, M.; Meilerman, M.; Murata, D; Pa-

- trono, R. R. Y Salgado, M. *El vínculo niño-madre y el conflicto de proximidad-distancia en pacientes con psoriasis*. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI. Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2014.
- Ulnik, J. Factores subjetivos en la sexualidad, el contacto y la calidad de vida de pacientes con psoriasis. *Anu. investig.* 2013, 20, 301-307.
 - Ulnik, J; Czerlowski, M; Meilerman, D; Murata, C; Brufau, R. Dermatologist-patient Relationship in psoriasis. 16th Congress of the European Society for Dermatology and Psychiatry 25th-27th. *Acta dermato venerol.* 2015,, 95.
 - Ulnik, J.C. *El psicoanálisis y la piel*; Síntesis: Madrid, 2004.
 - Yilmaz Ozpolat, A.G.;Ayaz, T.; Konag, O.; Ozkan, A. Attachment style and perceived social support as predictors of biopsychosocial adjustment to cancer. *Turk J Med Sci.* 2014, 44, 24-30.
- REFERENCIAS WEB**
- European Society for Blood and Marrow Transplantation. <http://www.ebmt.org> (acceso en mayo de 2015).
 - Grupo español de trasplante hemopoyético. <http://www.geth.es> (acceso en junio de 2015).
 - Grupo Español de Linfoma/Trasplante de Médula Ósea. <http://www.getalmo.com> (acceso en junio de 2015).
 - Hall E. T. The Hidden Dimension. <http://www.edward-thall.com> (acceso en mayo de 2015).
 - Hospital Pablo Tobón Uribe. Trasplante hematopoyético. <http://www.hptu.org.co/hptu/servicios-medicos-/341-trasplante-de-medula-osea> (acceso en junio de 2015)
 - Instituto Nacional de Donación y Banco de Órganos. http://www.indt.edu.uy/material/HLA05_web.pdf (acceso en julio de 2015).
 - Lendoiro, G. Oxitocina, la hormona del amor. ABC.es; Familia (Online) 2015, 4. <http://www.abc.es/familia-padres-hijos> (acceso en agosto 2015).
 - Instituto Nacional de Cáncer (NCI). <http://ctep.info.nih.gov/> (acceso en junio de 2015)
 - Otero, J y Rodado, J. El enfoque psicoanalítico de la patología psicósomática. Aperturas psicoanalíticas (Online) 2004, 16. <http://www.aperturas.com> (acceso en abril 2015).
 - Organización Nacional de Trasplantes. <http://www.ont.es> (acceso en junio de 2015).
 - Real Academia Española. <http://www.rae.es> (acceso en abril de 2015).
 - Sociedad Española de Oncología Médica. <http://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/guia-actualizada/efectos-secundarios-de-la-quimioterapia?start=4#content> (acceso en mayo de 2015).
 - Ulnik, JC. Revisión crítica de la teoría de Pierre Marty. Aperturas psicoanalíticas (Online) 2000, 5 <http://www.aperturas.com> (acceso en abril 2015).

ANEXO

Test de Distancias Afectivas con adhesivo de figura humana:

Imagine que el muñequito que está en el borde de la hoja es usted. Haga de cuenta que usted es niño/a. Despegue uno de los muñequitos autoadhesivos e imagínese que es su madre. Péguelo en la hoja, a la distancia que le parezca. La distancia mínima posible es un muñequito encima del otro. La máxima posible es hasta donde llegan los cuadraditos.

