



Universidad Pública de Navarra
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

Facultad de Ciencias de la Salud
Osasun Zientzien Fakultatea

Trabajo Fin de Grado / Gradu Bukaerako Lana

Grado en Enfermería / Erizaintzan Gradua

Impacto psicosocial del aislamiento protector en personas trasplantadas de progenitores hematopoyéticos

Andrea Martínez Serrano

Director/a / Zuzendaria

Andrea Iriarte Roteta

Pamplona / Iruñea

Mayo, 2023

RESUMEN

Introducción: Las personas trasplantadas de médula ósea ingresan bajo un aislamiento protector de extensa duración con la principal finalidad de proteger su vulnerabilidad a la infección. Además de las consecuencias físicas del tratamiento, sufren un impacto en el bienestar psicosocial que ha podido ser relacionado con la imposición de estas restricciones, ocasionando efectos nocivos en su recuperación. Enfermería podría desempeñar un papel relevante en su prevención, siendo las experiencias una herramienta sobre la que fundamentarse.

Objetivo: Explorar el impacto psicosocial que conduce el aislamiento protector en el trasplante de progenitores hematopoyéticos.

Metodología: Se realizó una revisión bibliográfica a partir de la búsqueda en las bases de datos CINAHL, PsycInfo, PubMed, Web of Science y Scopus. Siguiendo una metodología sistemática se obtuvo un resultado final de 12 artículos.

Resultados: Los estudios demuestran que la experiencia del aislamiento protector deriva en cambios a nivel emocional, así como en la relación de la propia persona consigo mismo y su entorno. La presencia de factores personales, clínicos, relacionados con el confinamiento y la práctica enfermera, influyen en la percepción de dichas experiencias.

Discusión y conclusiones: La capacidad de afrontamiento puede verse favorecida por una enfermera especializada a través del apoyo psicosocial, educación, promoción de la participación en el autocuidado y ayuda en la búsqueda de un significado. El desarrollo de intervenciones para reducir la soledad y fomentar la aceptación deberían tenerse en consideración.

Palabras clave: Trasplante de progenitores hematopoyéticos, Aislamiento protector, Soledad, Atención hospitalaria, Experiencias

Número de palabras: 10.680

ABSTRACT

Introduction: Bone marrow transplant recipients are admitted under long-term protective isolation with the main purpose of protecting their vulnerability to infection. In addition to the physical consequences of the treatment, they suffer an impact on their psychosocial well-being that has been related to the imposition of these restrictions, causing harmful effects on their recovery. Nursing could play a relevant role in their prevention, being the experiences a tool to be based on.

Objetive: To explore the psychosocial impact of protective isolation in hematopoietic stem cell transplantation.

Methodology: A bibliographic review was carried out based on a search in the CINAHL, PsycInfo, PubMed, Web of Science and Scopus databases. Following a systematic methodology, a final result was obtained out of 12 articles.

Results: Th estudies show that the experience of protective isolation leads to changes at an emotional level, as well as in the person's relationship with themselves and their environment. The presence of personal, clinical, confinement-related and nursing practice factors influence the perception of such experiences.

Discussion and conclusions: Coping skills can be enhanced by a nurse practitioner through psychosocial support, education, promotion of participation in self-care and help in finding meaning. The development of interventions to reduce loneliness and promote acceptance should be considered.

Keywords: Hematopoietic stem cell transplantation, Protective isolation, Loneliness, Hospital care, Experiences

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, me gustaría agradecer al profesorado que ha formado parte de esta trayectoria, y en especial a Andrea Iriarte, la directora de este trabajo por su implicación, cercanía y disposición.

En segundo lugar, a mis padres y a mi pareja, que sin ellos no podría haber llegado hasta aquí. Gracias por haber confiado y apoyado durante todos estos años con el fin de verme cumplir un sueño.

Tampoco quisiera olvidar a todas esas personas que de una manera u otra han influido en el desarrollo de este trabajo. Quisiera mostrar mi más sincero agradecimiento a las personas que me acompañaron durante mis prácticas en la UHP-A y Hematología del Hospital Universitario de Navarra. Gracias por haberme enseñado que la salud de las personas va más allá de lo que uno ve. Gracias por haber sido mi mayor fuente de inspiración.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Antecedentes	1
1.2 Consecuencias derivadas del aislamiento protector	4
1.3 Justificación	5
2. OBJETIVOS	7
2.1 General	7
2.2 Específicos.....	7
3. MATERIAL Y MÉTODOS	8
3.1 Diseño	8
3.2 Estrategia de búsqueda	8
3.3 Criterios de inclusión y exclusión	11
3.4 Selección de artículos y extracción de datos	11
3.5 Análisis de los datos	12
4. RESULTADOS	18
4.1 Características de los estudios de investigación en el área	19
4.2 Efectos de la experiencia del aislamiento protector.....	20
4.2.1 Efectos del aislamiento en el mundo interior	21
4.2.2 Efectos del aislamiento en la relación con uno mismo	24
4.2.3 Efectos del aislamiento en la relación con los demás	26
4.3 Factores que influyen en la percepción de la experiencia del aislamiento protector	27
4.3.1 Factores sociodemográficos.....	28
4.3.2 Factores clínicos.....	28
4.3.3 Factores relacionados con las medidas de aislamiento	30
4.3.4 Factores relacionados con la práctica enfermera	31
5. DISCUSIÓN	33
6. CONCLUSIONES	38
7. BIBLIOGRAFÍA	39

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Medidas actuales para la creación de un ambiente protector en el TPH	3
Tabla 2. Pregunta de investigación en formato PIO	8
Tabla 3. Estrategias de búsqueda en inglés y castellano	9
Tabla 4. Resultados obtenidos en la búsqueda bibliográfica	10
Tabla 5. Características de los estudios incluidos en la revisión	13
Tabla 6. Cuestionarios empleados en la literatura seleccionada para la recogida de información.....	20
Tabla 7. Factores que influyen negativamente en la percepción del aislamiento	28

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Trasplantes de progenitores hematopoyéticos por Comunidad Autónoma en 2021: Tasa por millón de población	1
Figura 2. Fases del proceso de trasplante de médula ósea.....	2
Figura 3. Procedimiento de selección de artículos incluidos en la revisión bibliográfica	12
Figura 4. Dinámica de las emociones más frecuentes en el ingreso del TPH	21

LISTADO DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS

CDC: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (*Centers for Disease Control and Prevention*)

EICH: Enfermedad injerto contra huésped

SARS-Cov-2: Coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo tipo 2

TCMH: Trasplante de células madre hematopoyéticas

TPH: Trasplante de progenitores hematopoyéticos

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Antecedentes

El trasplante de médula ósea es un procedimiento que consiste en la infusión de células madre hematopoyéticas con el fin de restaurar el sistema sanguíneo e inmunológico del receptor (1-3). A pesar de que originalmente estas células se obtenían exclusivamente de médula ósea, poco después se descubrió que existían otras fuentes como la sangre periférica o el cordón umbilical (1,2,4-7). De hecho, la forma más empleada para su extracción es a través de un proceso de aféresis (2,7). Es así como los términos de trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) o trasplante de células madre hematopoyéticas (TCMH) empezaron a reconocerse como más adecuados en su referencia (4).

Se calcula que, cada año, alrededor de 50.000 personas inician el proceso de TCMH a nivel mundial y, según las estadísticas, parece crecer progresivamente (2,4,8,9). Este hecho se observa a nivel nacional cuando en 2021 se llevaron a cabo 3.620 TPH (10), suponiendo un 6'77% más que en 2020. Según la Organización Nacional de Trasplantes (10), Navarra es la comunidad autónoma con mayor tasa de TPH por millón de población (ver Figura 1).



Figura 1. Trasplantes de progenitores hematopoyéticos por Comunidad Autónoma en 2021: Tasa por millón de población (10).

El cáncer hematológico suele ser la primera indicación (4,7), siendo la leucemia, el linfoma y el mieloma múltiple las enfermedades más destacadas (2,4,5,11,12). No obstante, también puede emplearse en el tratamiento de enfermedades por deficiencia o defecto genético, tumores sólidos e incluso cuando la terapia

tradicional, especialmente en referente a enfermedades autoinmunes, no alcanza los resultados terapéuticos esperados (1-4,7).

Aunque se diferencian varios tipos de TPH según el origen de las células madre, la literatura hace especial énfasis a 2 grupos: autólogo y alogénico (6-8). En el autotrasplante el receptor es, también, donante de las células (2,6-8,11). Por el contrario, el alotrasplante se basa en transfundir células madre de una persona ajena al receptor, ya sea emparentada o no, consiguiendo reemplazar por completo el repertorio de las mismas (2,6-8,11). Para conseguirlo debe perseguirse una compatibilidad en el sistema antígeno leucocitario humano (8).

En general, el proceso se divide en 4 fases: pretrasplante o evaluación, acondicionamiento, trasplante y postrasplante o recuperación (ver Figura 2) (2,4). En alguna ocasión también se habla de un último estado denominado supervivencia pero se tiende a eludir por la incapacidad de situarlo en el tiempo (11).

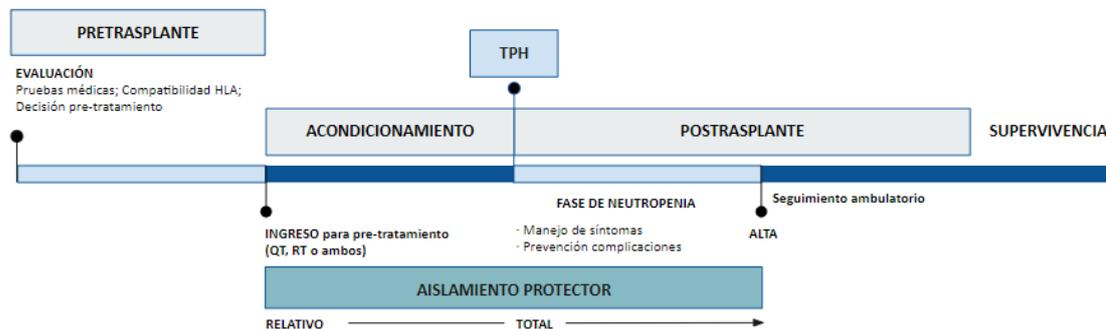


Figura 2. Fases del proceso de trasplante de médula ósea. Elaboración propia a partir de (2,4).

Durante el acondicionamiento, la persona es sometida a una terapia fundamentada en la administración de quimioterapia, radioterapia o ambas, con el fin de eliminar el máximo número posible de células cancerosas y crear un espacio para el nuevo injerto (2,4,6,7). Una vez se realiza el trasplante, que usualmente se infunde por vía endovenosa parecido al proceso de transfusión sanguínea (5,7,11), comienza un periodo de pancitopenia (2,4). En consecuencia a esta, las personas se vuelven vulnerables a la aparición de complicaciones, particularmente infecciosas (4,7,11), por lo que los objetivos primordiales se centran en prevenir las mismas y controlar el estado de neutropenia (6).

Para ello se ponen en marcha medidas de seguridad para la creación de un ambiente protector (ver Tabla 1). Algunas precauciones, tales como el uso de aislamiento inverso, surgieron en 1970 con el fin de establecer limitaciones en el contacto con el mundo exterior (13-15). Este, también conocido como aislamiento protector, incluye una serie de normas estructurales y conductuales en las que la persona queda limitada en una supresión social y sensorial (14-17). El escenario habitual supone permanecer confinado en una habitación, lejos del entorno familiar con el seguimiento de una dieta estricta para disminuir la entrada de microorganismos patógenos (16,17). Sin embargo, la CDC en los años 80 omitió estas medidas debido a que se demostró que gran parte de las infecciones desencadenadas en el paciente neutropénico tenían un origen interno (13,15). Hoy en día, a pesar de este hecho, sigue manteniéndose activo pero con diversidad en cuanto a su duración y formas de presentación (14-16,18).

Tabla 1. Medidas actuales para la creación de un ambiente protector en el TPH. Elaboración propia a partir de (13,19).

Medidas para la creación de un ambiente protector	
Defendidas por la CDC	Defendidas por opiniones de expertos
<ul style="list-style-type: none"> · Uso de filtros HEPA y ≥ 12 ventilaciones/hora · Uso de habitaciones de flujo directo de aire con presión positiva y selladas · Uso de estrategias para reducir el polvo · Prohibición de plantas y flores en habitación 	<ul style="list-style-type: none"> · Aislamiento protector · Uso de mascarillas (paciente y entorno)

Esta situación queda condicionada por el tiempo necesario para que la nueva médula ósea genere una cantidad mínima de células sanguíneas maduras (2,6). Esto, junto a la posible aparición de complicaciones, prolonga el ingreso hospitalario, siendo usual que los autotrasplantes permanezcan una media de 20-27 días y los alotrasplantes 32-34 días (20). Posteriormente, la persona es dada de alta y comienza un extenso seguimiento ambulatorio (2,4,11,21).

La recuperación del TCMH en el hogar existe como una alternativa segura, pero no suele ser el contexto asistencial más prevalente por la dificultad para que se reúnan los recursos necesarios en el cuidado (18).

1.2 Consecuencias derivadas del ingreso hospitalario

Debido a las altas dosis de quimioterapia y la agresividad del proceso, a lo largo de estas semanas las personas lidian con múltiples efectos secundarios, tales como dolor, mucositis, náuseas, vómitos, fatiga, anorexia, desequilibrios electrolíticos y reacciones dermatológicas (2-5,9,21,22). Sin embargo, el manejo de las consecuencias psicosociales constituye, a menudo, el mayor desafío al que se enfrentan los profesionales de la salud (9).

El porcentaje de personas que experimentan distrés psicológico en este contexto alcanza el 40% (8,20,23). Por lo general, la ansiedad prevalece al inicio mientras que la depresión tiende a surgir tras el trasplante para mantenerse en el tiempo (2,8,24,25). Igualmente se han reportado casos de trastornos del sueño, delirio y trastorno por estrés postraumático (1-3,8,9,22,23,26,27). Este último, se ha asociado a un retraso en la producción de neutrófilos y por tanto un ingreso más duradero (22). Todo distrés emocional influye en la calidad de vida de la persona e interrumpe poder lograr unos resultados favorables en la salud ya que aumenta la carga de síntomas, dificulta el cumplimiento terapéutico y eleva el riesgo de mortalidad (3,8,20,22,24,25). El impacto psicológico puede demorarse años después del injerto e incrementar el riesgo de suicidio (12,23,28).

En este sentido, los valores del bienestar se muestran más preocupantes durante la fase aguda del trasplante (3,4,21), coincidiendo con el cumplimiento del aislamiento protector. Aunque continúa habiendo dudas acerca de si este actúa como factor causante o no (18), lo cierto es que hay estudios que los relacionan. El número de pacientes con depresión puede duplicarse una y dos semanas después del trasplante si hay una hospitalización con confinamiento de por medio (18,20). Asimismo, esta conlleva a la aparición de sentimientos de exclusión social, falta de apoyo y dependencia hacia el personal sanitario (4,8,11,18,29).

Por otro lado, resulta imposible negar los efectos sobre el ámbito social. De hecho, Kisch *et al.* (30) determinaron que aun cuando el bienestar emocional mejoró con el paso del tiempo, el sociofamiliar se agravó. Se trata de un periodo en el que surgen tensiones en las relaciones interpersonales, cambios en la estructura familiar y

pérdidas económicas (2,4,9,22). En pocas palabras, el ingreso hospitalario en términos de aislamiento es percibido como un acontecimiento angustioso y traumático (1,2,23,29).

1.3 Justificación

Las personas con neoplasias malignas hematológicas pertenecen a uno de los grupos de cáncer que más angustia experimentan (31), que, sumado al hecho de ser sometidos a un proceso de trasplante de progenitores hematopoyéticos, hace que requieran un mayor soporte social que actúe como medio para superar el daño psicológico generado (15,26). Pese a ello, las políticas sanitarias actuales consiguen el efecto contrario propiciando una soledad a largo plazo (15). Sin embargo, las enfermeras deben poner su punto de mira en las consecuencias derivadas del aislamiento social y, en su defecto, desarrollar intervenciones que favorezcan las relaciones sociales (32).

Aunque se han extendido actividades terapéuticas para hacer frente a la ansiedad y depresión durante la hospitalización, poco se conoce del resto de emociones negativas como el sentimiento de miedo, pudor o culpa (27). Estos mismos requieren ser estudiados con la misma relevancia, pues al igual que los trastornos desadaptativos, presentan la suficiente capacidad para alterar el afrontamiento de las personas (18,27). Para poder evaluarlas es necesario hacerlo desde un enfoque distinto al empleado hasta ahora, dejando de lado el uso de herramientas de autocuestionario para centrarse más en una investigación cualitativa, la cual es escasa a día de hoy (3,23,27). Sin ir más lejos, la CIE en 2020 declaró que el desarrollo de políticas sanitarias en el marco de la salud mental debía hacerse a través de las perspectivas de los pacientes y/o familiares involucrados (32 p3).

Enfermería es una de las figuras profesionales que más tiempo dedican al cuidado de la persona con la competencia suficiente para desarrollar intervenciones que mejoren la calidad asistencial (14). Urge prevenir las consecuencias psicosociales de la hospitalización debido al elevado número de personas con un afrontamiento ineficaz que, en ocasiones, hace necesaria la interrupción de las medidas de prevención adoptadas (15). Alejarles de los seres queridos detiene las estrategias

activas de superación del proceso y la enfermedad pues son percibidos como un recurso fundamental para lograrlo (15,18). Por tanto, resulta obvio reconocer que durante el aislamiento protector disponen de escasas estrategias de afrontamiento al mismo tiempo que hacen frente a procesos diagnósticos y terapéuticos desafiantes durante un periodo de tiempo largo e incierto (22,26).

Las personas sometidas a un TCMH deben ser guiadas en dicha trayectoria, un camino con tantos obstáculos. En su efecto las enfermeras pueden desempeñar un papel importante de soporte en el bienestar emocional, al igual que la identificación temprana de personas en riesgo para facilitar el poder alcanzar una recuperación positiva tras la prevención de las complicaciones psicosociales (14). Para ello es imprescindible conocer los factores originales del malestar psicológico, así como determinar sus necesidades reales de salud y evaluar los efectos de la atención sanitaria recibida (1,3,4,21), siendo las experiencias un instrumento clave para ello.

2. OBJETIVOS

2.1 General

Explorar el impacto emocional y social que sufren las personas en aislamiento protector debido a un trasplante de médula ósea.

2.2 Específicos

- Describir el tipo de literatura científica que aborda las experiencias de las personas que sufren un aislamiento protector por trasplante de médula ósea.
- Analizar las experiencias de las personas sometidas a un trasplante de médula ósea en aislamiento protector durante su ingreso hospitalario.
- Definir los factores que condicionan las experiencias de las personas que sufren un aislamiento protector en el trasplante de médula ósea.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 Diseño

La metodología llevada a cabo para el desarrollo de este trabajo ha sido realizar una revisión de la literatura a partir de estudios de investigación. Para alcanzar el objetivo planteado, este trabajo se ha basado fundamentalmente en artículos de revistas científicas y tesis doctorales almacenadas en bases de datos. No obstante, se consultaron otras fuentes de información como informes técnicos, libros y páginas web de instituciones especializadas para completar el estudio.

Al adoptar un método sistemático, el trabajo se realizó siguiendo un orden escalonado comenzando por determinar una pregunta de investigación que diese principio a la revisión, seleccionar los artículos de interés, exponer resumidamente los datos y, por último, desarrollarlos para transmitirlos.

3.2 Estrategia de búsqueda

La búsqueda se inició con el planteamiento de la siguiente pregunta de investigación: “¿Cuáles son las experiencias vividas de las personas durante el aislamiento protector en el ingreso hospitalario por trasplante de médula ósea?”.

A raíz de la misma, se procedió a desglosarla siguiendo la estructura PIO, donde se determinaron los elementos de búsqueda. Así es como se estableció que P (Población) correspondía a “personas sometidas a trasplante de médula ósea”, I (Intervención) a “aislamiento protector en el ingreso hospitalario” y O (Outcome/Resultado) a las “experiencias vividas” (ver Tabla 2).

Tabla 2. Pregunta de investigación en formato PIO. Elaboración propia.

P – Población	I - Intervención	O - Outcome
Personas sometidas a trasplante de médula ósea	Aislamiento protector en el ingreso hospitalario	Experiencias

Teniendo en consideración el punto anterior, se seleccionaron términos más específicos a partir de los tesauros de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y Medical Subject Headings (MeSH). Estos, junto a términos libres, permitieron elaborar las estrategias de búsqueda que se recogen en la tabla 3. Por otra parte, se utilizó el operador booleano “OR” entre sinónimos y “AND” con el fin de encontrar artículos que engloben todas las áreas de interés. Asimismo, se optó por truncar gran parte de términos libres para ampliar la búsqueda de información.

Tabla 3. Estrategias de búsqueda en inglés y castellano. Elaboración propia.

Estrategia de búsqueda en inglés	“Bone marrow transplantation” OR “Stem cell transplantation” OR bmt OR hcst	AND	“Patient isolation” OR “Protective isolation” OR “Source isolation” OR Loneliness OR Hospitalization	AND	Experiences OR Perspectives OR Perceptions
Estrategia de búsqueda en castellano	“Trasplante de médula ósea” OR “Trasplante de células madre” OR “Trasplante de progenitores hematopoyéticos”	AND	“Aislamiento de pacientes” OR “Aislamiento protector” OR “Aislamiento inverso” OR Soledad OR Hospitalización	AND	Experiencias OR Perspectivas OR Percepciones

La búsqueda se inició en octubre y finalizó en diciembre de 2022. Debido a que gran parte de las bases de datos empleadas (CINAHL, PsycInfo, PubMed, Web of Science y Scopus) fueron de ámbito internacional, la mayoría de las búsquedas se formularon en inglés. Como base de datos de ámbito nacional se utilizó Dialnet donde en su caso se empleó la estrategia de búsqueda en castellano. A pesar de dichas diferencias, se decidió que los límites de búsqueda establecidos permanecieran como requisito común para todas las bases de datos. Estos fueron que los artículos estuvieran redactados en inglés o español, publicados en un periodo de tiempo desde 2012 a 2022 y con disponibilidad a texto completo o acceso libre.

A continuación, se muestra un resumen de los resultados obtenidos en la búsqueda bibliográfica (ver Tabla 4).

Tabla 4. Resultados obtenidos en la búsqueda bibliográfica. Elaboración propia.

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Resultados	Resultados tras limitadores
CINAHL	("Bone marrow transplant*" OR "Stem cell transplant*" OR bmt OR hcst) AND ("Patient isolation" OR "Protective isolation" OR "Source isolation" OR Loneliness OR Hospital*) AND (Experience* OR Perspective* OR Perception*)	452	300
PsycInfo	("Bone marrow transplant*" OR "Stem cell transplant*" OR bmt OR hcst) AND ("Patient isolation" OR "Protective isolation" OR "Source isolation" OR Loneliness OR Hospital*) AND (Experience* OR Perspective* OR Perception*)	300	196
Web of Science	("Bone marrow transplant*" OR "Stem cell transplant*" OR bmt OR hcst)[Title] AND ("Patient isolation" OR "Protective isolation" OR "Source isolation" OR Loneliness) [Title] AND (Experience* OR Perspective* OR Perception*)	15	12
	("Bone marrow transplant*" OR "Stem cell transplant*" OR bmt OR hcst)[Title] AND Hospital*[Title] AND (Experience* OR Perspective* OR Perception*)	189	98
PubMed	("Bone marrow transplant*" [Title/Abstract] OR "Stem cell transplant*" [Title/Abstract] OR bmt [Title/Abstract] OR hcst [Title/Abstract]) AND ("Patient isolation" [Title/Abstract] OR "Protective isolation" [Title/Abstract] OR "Source isolation" [Title/Abstract] OR Loneliness [Title/Abstract]) AND (Experience* OR Perspective* OR Perception*)	24	9
	("Bone marrow transplant*" [Title/Abstract] OR "Stem cell transplant*" [Title/Abstract] OR bmt [Title/Abstract] OR hcst [Title/Abstract]) AND (Hospital* [Title/Abstract]) AND (Experience* [Title/Abstract] OR Perspective* [Title/Abstract] OR Perception* [Title/Abstract])	1.030	283
Scopus	(TITLE-ABS-KEY ("Bone marrow transplant*" OR "Stem cell transplant*" OR bmt OR hcst) AND TITLE-ABS-KEY ("Patient isolation" OR "Protective isolation" OR "Source isolation" OR Loneliness) AND TITLE-ABS-KEY (Experience* OR Perspective* OR Perception*))	47	18
	(TITLE-ABS-KEY ("Bone marrow transplant*" OR "Stem cell transplant*" OR bmt OR hcst) AND TITLE-ABS-KEY (Hospital*) AND TITLE-ABS-KEY (Experience* OR Perspective* OR Perception*))	2.087	56*
Dialnet	("Trasplante de médula ósea" OR "Trasplante de células madre" OR "Trasplante de progenitores hematopoyéticos") AND ("Aislamiento de pacientes" OR "Aislamiento protector" OR "Aislamiento inverso" OR Soledad OR Hospital*) AND (Experiencia* OR Perspectiva* OR Percepcion*)	11	6

*añadiendo, además, área temática de enfermería, psicología y multidisciplinar.

3.3 Criterios de inclusión y exclusión

Para proceder a la elección de los artículos se elaboró un listado de criterios de selección. Aquellos englobados como criterios de inclusión fueron:

- Artículos cuyas personas bajo estudio fueran adultos mayores de 18 años.
- Artículos que recojan la perspectiva directa del receptor del trasplante, siendo este autólogo o alogénico, a raíz de enfermedad oncohematológica.
- Artículos que desarrollen la investigación durante el ingreso hospitalario y especifiquen el uso de aislamiento inverso en algún punto del documento.
- Artículos que indaguen en el ámbito psicosocial de la persona.

Por el contrario, los criterios aplicados como exclusión fueron los siguientes:

- Artículos que plantearan la investigación sobre personas menores de edad.
- Artículos que mostraran la perspectiva desde cualquier enfermedad neoplásica no hematológica, del donante del trasplante, personal sanitario o familiares de la persona trasplantada.
- Artículos que no detallasen la existencia de un aislamiento a pesar de tener lugar en la estancia hospitalaria.
- Artículos que centraran el estudio sobre los síntomas relacionados con el bienestar físico de la persona.

3.4 Selección de artículos y extracción de datos

Tras las primeras búsquedas se obtuvieron un total de 978 documentos. En cada una de ellas se procedió a realizar una lectura de Título y Resumen y es así como se descartaron 875 artículos dejando un resultado de 103. Sobre estos últimos se eliminaron aquellos que aparecían duplicados en una o varias ocasiones, quedando 45 artículos. Para concluir, estos fueron sometidos al proceso de inclusión y exclusión a partir de los criterios de selección previamente comentados. Es así como finalmente se incluyen 12 artículos en la revisión (ver Figura 3).

A lo largo de todo el proceso se empleó la herramienta Mendeley para conseguir una adecuada gestión bibliográfica.

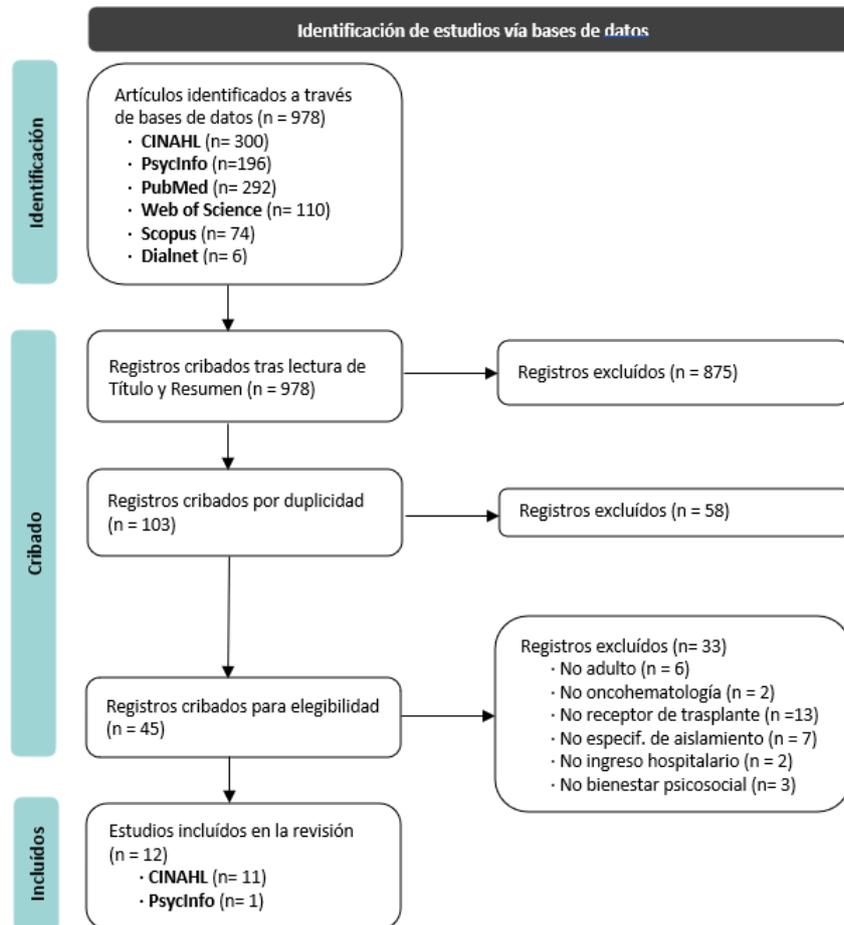


Figura 3. Procedimiento de selección de artículos incluidos en la revisión bibliográfica. Elaboración propia.

3.5. Análisis de los datos

A través de una profunda lectura se procedió a organizar la información de los artículos seleccionados haciendo referencia al país donde se realizó la investigación, diseño del estudio, método de recogida de la información, número y tipo de muestra empleada, método de análisis y los principales resultados de interés (ver Tabla 5). Entre los documentos escogidos se encuentran artículos de estudios fenomenológicos, observacionales, metasíntesis y tesis doctorales.

Tabla 5. Características de los estudios incluidos en la revisión. Elaboración propia.

ESTUDIOS INCLUIDOS EN LA REVISIÓN						
TÍTULO, AUTOR Y AÑO	PAÍS	DISEÑO	MÉTODO	MUESTRA	ANÁLISIS DE DATOS	RESULTADOS
<p>The lived experience of autologous stem cell-transplanted patients: Post-transplantation and before discharge.</p> <p>Alnasser et al. (2018)</p>	Arabia Saudí	Diseño cualitativo	Entrevistas semiestructuradas	15 pacientes autotrasplantados	Método de Giorgi a partir de 5 etapas.	<p>Se determinaron 12 temas englobados en 4 categorías:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Experiencia general del trasplante: Emociones mixtas de miedo y esperanza; Aislamiento y soledad; Preparación y expectativas 2. Efectos del trasplante: Etapa de efecto físico (0-7 días); Etapa de efecto psicológico (día 8 hasta el alta); Reforzar la relación con uno mismo; Autodepuración. 3. Factores aliviadores de estrés: Familia y amigos; Espiritualidad y alivio del estrés; Resultados diarios en el tablón; Participar en los propios intereses 4. Vida después del trasplante: Prioridades y control de liberaciones
<p>Beyond depression, anxiety and post-traumatic stress disorder symptoms: Qualitative study of negative emotional experiences in hematopoietic stem cell transplant patients.</p> <p>Amonoo et al. (2020)</p>	EEUU	Diseño mixto	<p>Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)</p> <p>Entrevistas semiestructuradas</p>	<p>25 pacientes alotrasplantados.</p> <p>(21 pacientes para los datos recogidos durante seguimiento en 100 días posteriores)</p>	<p>Estadísticas descriptivas para datos cuantitativos.</p> <p>Análisis de contenido dirigido para datos cualitativos.</p>	<p>Las experiencias psicológicas negativas más frecuentes fueron: culpa, sentirse atrapado, miedo, desánimo, impotencia y falta de control.</p> <p>Las emociones negativas influyeron en los comportamientos dirigidos a la recuperación.</p>

<p>Perceptions of hematopoietic stem cell transplantation and coping predict emotional distress during the acute phase after transplantation.</p> <p>Baliouis et al. (2017)</p>	<p>Inglaterra</p>	<p>Diseño cuantitativo</p>	<p>Cuestionarios de autoinforme (Brief IPQ, Brief COPE, DASS-21).</p>	<p>45 pacientes, mayoritariamente autotrasplantados</p>	<p>Estadísticas descriptivas. Coeficiente alfa de Cronbach. Modelo multinivel.</p>	<p>La experiencia negativa y el distrés psicológico están asociados entre sí, presentándose con mayor frecuencia en un periodo postrasplante.</p> <p>Es habitual el uso simultáneo de varias estrategias de afrontamiento. El uso de conductas activas y evitativas se relacionó con un mayor distrés durante la fase aguda del trasplante.</p>
<p>Life situation in patients and their family members after allogeneic hematopoietic stem cell transplantation: aspects of health and support in different care settings.</p> <p>Bergkvist (2015)</p>	<p>Suecia</p>	<p>Diseño cuantitativo en estudio 3*</p>	<p>Cuestionarios (SF-36, SFID-SCT, HADS, GSE)</p>	<p>117 pacientes alotrasplantados: 78 en atención hospitalaria y 39 en casa</p>	<p>Estadísticas descriptivas, Prueba U de Mann-Whitney, Prueba χ^2 o Prueba exacta de Fisher, análisis de regresión logística,</p>	<p>No hay diferencias significativas en cuanto a aspectos relacionados con la salud entre los distintos entornos de atención.</p> <p>El 18% de los pacientes en ambos grupos reportaron ansiedad. Se obtuvieron datos similares en cuanto a depresión, siendo algo menor en hospitalización.</p> <p>Se reportó un alto grado de autoeficacia entre los pacientes.</p>
<p>Patients' experiences of different care settings and a new life situation after allogeneic haematopoietic stem cell transplantation.</p> <p>Bergkvist et al. (2018)</p>	<p>Suecia</p>	<p>Diseño cualitativo</p>	<p>Entrevistas semiestructuradas</p>	<p>15 pacientes alotrasplantados: 4 en atención hospitalaria, 2 domiciliaria y 9 ambas.</p>	<p>Análisis de contenidos con método inductivo</p>	<p>Se identificaron 4 categorías: estar en un lugar seguro; tener una red de apoyo; mi manera de tomar el control; mi incierta vuelta a la normalidad.</p> <p>Independientemente de la atención recibida, los pacientes se sintieron seguros. Se resaltó la importancia de la red social como apoyo, así como el uso de estrategias para afrontar la situación.</p>

<p>Hospital care or home care after allogeneic hematopoietic stem cell transplantation – Patients’ experiences of care and support.</p> <p>Bergkvist et al. (2013)</p>	Suecia	Diseño mixto	Cuestionario SAUC (Sympathy-Acceptance-Understanding-Caring Competence)	41 pacientes alotrasplantados: 22 en atención hospitalaria y 19 domiciliaria.	Estadísticas descriptivas, Prueba U de Mann-Whitney, Prueba χ^2 , Alfa de Cronbach. Análisis con método deductivo basado en modelo SAUC.	Buena satisfacción general con los cuidados ofrecidos aunque mayor en ámbito domiciliario. Importancia de la seguridad, empatía y ánimo por parte del equipo de salud, así como recibir información actualizada y continuada. Los pacientes mostraron inseguridad respecto a su recuperación. Se identifican 3 categorías: Soporte personal; Autosuficiencia; Apoyo a la relación con uno mismo.
<p>The experiences of protective isolation in patients undergoing bone marrow or haematopoietic stem cell transplantation: systematic review and metasynthesis.</p> <p>Biagioli et al. (2017)</p>	Italia	Diseño cualitativo	Búsqueda sistemática a partir de bases de datos	11 estudios de investigación cualitativa	Método meta-agregativo del Instituto Joanna Briggs.	Se identificaron 7 categorías resumidas en 3 principales resultados: 1. El aislamiento es una fuente de sufrimiento; 2. El aislamiento puede permitir relacionarse con uno mismo; 3. La persona no cierra la puerta al mundo exterior.
<p>Being in protective isolation following autologous haematopoietic stem cell transplantation: A phenomenological study.</p> <p>Biagioli et al. (2017)</p>	Italia	Diseño cualitativo	Entrevistas no estructuradas	9 pacientes autotrasplantados	Método de Giorgi a partir de 4 etapas.	El tema principal fue la percepción del aislamiento como una defensa frente al sufrimiento dividido en 8 subtemas: El aislamiento es una defensa; Amenazas de las que los pacientes deben defenderse; Normas para la defensa; La carga de la defensa; Estrategias externas e internas para la defensa; Defensa de los seres queridos; Resultados de la defensa.

<p>Factors influencing the perception of protective isolation in patients undergoing haematopoietic stem cell transplantation: A multicentre prospective study.</p> <p>Biagioli et al. (2019)</p>	Italia	Diseño cuantitativo	Escala de autoinforme ISOLA y Escala de Satisfacción de Enfermeras de Newcastle.	182 pacientes trasplantados: 87 de tipo autólogo y 95 alogénicos.	Estadísticas descriptivas. Test <i>t</i> . Análisis de regresión lineal múltiple: método de regresión progresiva.	<p>Los participantes manifestaron bajo sufrimiento durante el aislamiento pero moderada afectación en su relación con los demás.</p> <p>El género masculino, bajo nivel de estudios y compartir habitación, se determinaron como variables asociadas a mayor sufrimiento.</p> <p>El apoyo emocional de las enfermeras y satisfacción con horarios flexibles en visitas condujeron a mejores resultados de bienestar psicológico.</p>
<p>The lived experience of patients in protective isolation during their hospital stay for allogeneic haematopoietic stem cell transplantation.</p> <p>Biagioli et al. (2016)</p>	Italia	Diseño cualitativo	Entrevistas no estructuradas	10 pacientes alotrasplantados.	Método de Giorgi a partir de 4 etapas.	<p>La experiencia del aislamiento se resume en alcanzar una transformación.</p> <p>Se identificaron 3 temáticas principales: El lugar especial para la transformación; La experiencia de la transformación; Luz y sombra desde el interior y exterior.</p>
<p>The immediacy of illness and existential crisis: patients' lived experience of undergoing allogeneic stem cell transplantation for haematological malignancy. A phenomenological study.</p> <p>Dunn et al. (2016)</p>	Inglaterra	Diseño cualitativo	Entrevistas no estructuradas	16 pacientes alotrasplantados	Método de Colaizzi (1978) y Smith et al. (2009)	<p>La experiencia se basa en el afrontamiento de eventos críticos junto a la presencia de incertidumbre respecto al futuro.</p> <p>Son habituales las afectaciones a nivel físico, psicológico-emocional y social.</p> <p>Destaca el miedo a la muerte o la recaída en relación a la enfermedad y la espera de la recuperación a su vida normal.</p>

<p>Understanding the symptom experience and self-management strategies of adult hematopoietic stem cell transplantation patients during hospitalization: findings from a qualitative longitudinal study.</p> <p>Chen et al. (2022)</p>	China	Diseño cualitativo	Entrevistas semiestructuradas	19 pacientes trasplantados: 14 alogénicos y 5 autólogos.	Método de 7 pasos de Colaizzi	<p>Se identificaron 4 temas principales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Carga inesperada de síntomas: de naturaleza dinámica, perturbadora, simultánea y correlativa. 2. Complejidad emocional en distintos periodos basada en miedo, incertidumbre y soledad junto a emociones positivas. 3. Predicamento interno: ineffectividad del control de síntomas. 4. Fuerza externa: deseo de apoyo de múltiples fuentes (familia, equipo sanitario y objetos personales)
---	-------	--------------------	-------------------------------	--	-------------------------------	--

*Los estudios 1 y 2 se encuentran repetidos, correspondiendo a (33) y (21) respectivamente.

4. RESULTADOS

Tras el análisis de contenido, los resultados se han presentado en distintas secciones con el fin de responder a los objetivos.

En primer lugar, se describirá el tipo de investigación que aborda dicha temática en la actualidad. En segundo plano, se plantearán todas las consecuencias derivadas de la experiencia vivida por estas personas durante el aislamiento, percibidas tanto de forma positiva como negativa y que tienen que ver con los siguientes aspectos: cambios producidos a nivel emocional, así como la relación de la propia persona y de su entorno. Como parte de los efectos en la relación con uno mismo se detallarán las distintas formas de llevarlo a cabo y las consecuencias derivadas de estas.

En último lugar se describirán aquellos hechos que influyen en las percepciones de las personas en el aislamiento, entre los que se encuentran factores sociodemográficos, clínicos, relacionados con las medidas de aislamiento o asociados a la práctica enfermera.

4.1 Características de los estudios de investigación en el área

Los estudios seleccionados que abarcan las experiencias del aislamiento protector en el TPH pueden definirse en términos de heterogeneidad. Por una parte, en relación con la procedencia de estos, Europa constituye el principal continente que aborda la investigación, llegando a representar el 75% de la literatura desarrollada. En concreto, Italia destaca sobre el resto de países, al publicar cuatro de estos estudios, seguido de Suecia e Inglaterra con tres y dos respectivamente. El resto de estudios proceden de Arabia Saudí, China y Estados Unidos.

Respecto al diseño de investigación, encontramos estudios cualitativos, cuantitativos y de metodología combinada, siendo el más representativo el primer grupo. La mayor unanimidad se presenta entre aquellos con un enfoque cualitativo, donde su principal método de recogida de datos son las entrevistas individuales semiestructuradas. Sin embargo, también es visible el uso recurrente de otros procedimientos como entrevistas individuales no estructuradas (12,16,18). Este hecho se repite en otros estudios de revisión bibliográfica incluidos en el trabajo (15).

Resulta importante destacar que, a pesar de usar la entrevista como método principal, el análisis de la información obtenida también es dispar. Los diseños efectuados varían del inductivo al deductivo, utilizando diversos modelos (3,6,12,15,16,18). Por el contrario, los artículos que incluyen un modelo cuantitativo optan por el uso de encuestas, dotadas de preguntas cerradas y/o abiertas, relativas a conocer cuestiones como percepciones, impacto de síntomas y estrategias de afrontamiento (ver Tabla 6).

Tabla 6. Cuestionarios empleados en la literatura seleccionada para la recogida de información. Elaboración propia a partir de (4,14,24,27,33).

Cuestionario	Evaluación
Brief IPQ	Percepción de la enfermedad
Brief COPE	Estilos de afrontamiento
DASS-21	Depresión, ansiedad y estrés
SF-36	Estado de salud general
SFID-SCT	Ocurrencia de síntomas generales
HADS	Ansiedad y depresión en hospitalización
GSE	Grado de autoeficacia
ISOLA	Percepción del aislamiento protector
SAUC	Satisfacción en el autocuidado y de los demás
Escala de Satisfacción de Enfermeras de Newcastle	Satisfacción con los cuidados de enfermería

Del mismo modo, la recogida de datos suele adoptar un enfoque transversal, por lo que la información es obtenida en un momento específico en el tiempo. Además, en su mayoría, las investigaciones tienen lugar una vez la persona se encuentra recibiendo visitas ambulatorias, por lo que el estudio se orienta de forma retrospectiva. Estos recolectan los datos hasta un periodo máximo de cien días tras el trasplante, a excepción de uno que lo prolonga seis meses después (21).

En último lugar, por lo que se refiere al tipo de muestra estudiada, los grupos de pacientes que pueden ser incluidos varían desde aquellos sometidos a un trasplante autólogo hasta al alogénico. La mayoría de los artículos se centran en una clase específica, siendo algo más frecuente el alotrasplante. Solo unos pocos dirigen la investigación a ambos grupos (3,14).

4.2 Efectos de la experiencia del aislamiento protector

La experiencia del trasplante de progenitores hematopoyéticos está formada por eventos críticos entre los que se identifica el aislamiento protector (12). En él, la necesidad de permanecer por un largo e indefinido tiempo, así como la imposición de estrictas normas hospitalarias, son percibidas como amenazas en la recuperación (21,33). Este concepto genera una afectación al bienestar propio e interpersonal que ocasiona el origen de un sufrimiento (15). Dicho malestar, aunque permanece durante todo el proceso (3,27), se observa con mayor intensidad durante la fase posterior al trasplante (6,24) y en ocasiones deriva en el pensamiento de estar

viviendo un castigo (15). No obstante, el aislamiento también es idealizado como un hecho que permite lograr una transformación vital, así como una medida necesaria para poder alcanzar un objetivo compartido; recobrar su vida anterior (15,16,18,21,33).

A continuación, se describirán los efectos del aislamiento protector en el mundo interior de la persona, en la relación consigo misma y con los que le rodean.

4.2.1 Efectos del aislamiento en el mundo interior

Las personas aisladas sufren de los efectos en su mundo interno al soportar un distrés causado por el procesamiento de determinadas emociones y pensamientos (15). En concreto, el malestar psicológico puede manifestarse a través de estrés, ansiedad y depresión en el 42% de los pacientes (24). Pese a que la ansiedad muestra la tendencia de disminuir a lo largo del proceso, los niveles más altos de esta, junto a la depresión, se alcanzan en las dos primeras semanas postrasplante (24). El estrés general, por su parte, aparece con intensidad sin presentar variaciones significativas en el tiempo (24).

El patrón observado consiste en padecer una labilidad emocional sobre la que ejerce un gran poder el transcurso del ingreso (ver Figura 4) (3,24). A lo largo del mismo, la aparición de periodos de inestabilidad y calma originan estados de ánimo dispares, provocando que las personas oscilen de unos a otros e incluso convivan con ellos simultáneamente (3,12). Estos efectos en la salud mental se agudizan a partir de la primera semana postrasplante (6).

INGRESO	ACONDICIONAMIENTO	INJERTO	POSTRASPLANTE	AL ALTA
Ansiedad Nerviosismo Miedo Incertidumbre	Ansiedad Depresión Soledad	Ansiedad Nerviosismo Miedo Incertidumbre Renacimiento	Depresión Culpa Falta de control Soledad	Preocupación Dependencia Esperanza

Figura 4. Dinámica de las emociones más frecuentes en el ingreso del TPH. Elaboración propia a partir de (3,6).

La aparición de un sentimiento de soledad suele ser recurrente (18). Aunque algunos expresan que el permanecer aislados es un requisito cuando se está enfermo (18),

sentirse excluido en el entorno social es descrita como una de las consecuencias que más angustia genera (3). Esta comienza a observarse en los inicios del aislamiento durante el acondicionamiento (3,6). En consecuencia, pueden aparecer sentimientos de duelo o pérdida con relación a sus allegados (16). Por otro lado, la soledad puede también desencadenarse por el hecho de vivir una situación tan excepcional que no puede ser compartida con otras personas (15).

Asimismo, sentirse atrapados en un entorno limitado es usual, llegando a comparar la experiencia con estar en prisión o sentirse "animales enjaulados" (3,12,15,16,18, 27). Esta sensación puede hacerles derivar en el razonamiento de que la terapia es una tortura la cual no merecen (15).

En cuanto a la sensación de seguridad, puede contemplarse una aparente dicotomía. Por un lado, aquellos que tienden a percibirse seguros, se debe a que el confinamiento es visualizado no sólo como una medida de protección sino como un medio que les permite eludir las dificultades que les prepara el mundo externo (12,18). Por ello, el hospital suele ser definido como un lugar positivo para su recuperación (12,16,18,21). La inseguridad puede aparecer al ser conscientes de que el aislamiento puede actuar como barrera con los profesionales sanitarios, tal y como muestra la siguiente cita: "Necesitaba saber que había alguien detrás de la puerta y que podía oírme" (18 p3). Esta también puede aparecer al momento de ser dados de alta, donde deben salir de la burbuja en la que se encuentran y enfrentarse a aquello que han estado evitando hasta el momento (12).

Por otro lado, la incertidumbre suele ser frecuente al ingreso, al irrumpir en un ambiente desconocido, o bien al comienzo del injerto (3). Esta principalmente se desencadena por la inexactitud de varias cuestiones que rodean el proceso. Las dudas surgen ante la imposibilidad de dar respuesta a la duración del confinamiento, de los efectos secundarios, así como tener presente el riesgo de complicación futura (3,12,21,27,33): "Era como si te metieran en una hormigonera y te preguntaras qué iba a salir por el otro lado" (12 p3). La incertidumbre se intensifica si el aislamiento se asocia a la idea de estar cumpliendo una condena (18).

Por ende, el TCMH puede relacionarse paralelamente con sentimientos de miedo y falta de control (3,6,12,16,18,27). El fracaso del trasplante y la amenaza de la muerte suelen ser preocupaciones frecuentes y a menudo las personas viven en una situación de angustia existencial (6,12,27). A su vez, otros temores se relacionan con los efectos secundarios de la quimioterapia, las infecciones generalizadas y la posible aparición de la enfermedad injerto contra huésped (EICH) (3,12,16,27). Existen estudios (12,27) que han descrito episodios de paranoia cuando el miedo se ha experimentado a gran escala. La paranoia es un suceso que ocurre en busca de la subsistencia del organismo y que eventualmente se manifiesta con conductas de autocuidado (12): “Sólo pensaba: ¿es una infección? y me ponía el termómetro. ¿Lo he hecho bien?” (p4). Los síntomas relacionados con el estrés postraumático pueden perdurar tiempo después del alta y exteriorizarse en los miembros familiares (12,27).

Otros sentimientos que se pueden hallar son la culpa, ya sea tras etiquetarse como una carga para su entorno o por tener una recuperación favorable, contraria a lo previsto (15,27). Asimismo, la falta de dominio sobre las funciones corporales conlleva a una sensación de impotencia y frustración (27). Debido a ello también aparece un contexto de dependencia en los cuidados, intensificándose en su transición al domicilio (3,15,27):

“A veces puedes dar por sentado que te están dando una llave que abre ciertas puertas para volver a tu vida normal, pero sin entender del todo las consecuencias de que te dejen valerte por ti mismo después de semejante... viaje” (12 p5).

A pesar de prevalecer el malestar psicológico, también surgen emociones positivas como sentirse afortunado y agradecido de tener la oportunidad de recuperarse, al mismo modo que esperanzado y tener la sensación de haber vuelto a la vida (3,12,16,21). Comúnmente, dicho bienestar comienza a manifestarse al mismo tiempo que hay una mejoría física, de forma cercana al alta hospitalaria (3).

4.2.2 Efectos del aislamiento en la relación con uno mismo

Con el fin de afrontar el aislamiento en una habitación, las personas ponen en marcha diversos mecanismos de afrontamiento, siendo el relacionarse consigo mismo uno de ellos (15). Pese a que existen obstáculos que dificultan poder llevarlo a cabo (14), este les permite moderar tanto las emociones negativas como distorsiones cognitivas, logrando un equilibrio emocional (15).

Uno de los mecanismos que emplean puede ser la propia introspección (15). Al describir el ingreso como una experiencia complicada, un fenómeno observado es la adquisición progresiva de la información e interpretación de los hechos que les rodean (18,21). Situaciones como la mejoría de sus resultados clínicos, cese de efectos adversos y aumento de la medicación o alimentación por vía oral, suponen elementos asociados al éxito del trasplante (18). Por el contrario, el empeoramiento físico se relaciona con una vaga recuperación (18). Asimismo, aquellas personas que han vivido una situación similar o están habituados a permanecer en soledad pueden rememorar estos hechos, ayudándoles a familiarizarse con ello (15).

Relacionarse con uno mismo implica hacerlo a través de diferentes estilos de afrontamiento (15). Algunas personas se enfocan en adoptar tareas para hacer frente a la inseguridad y la carga de síntomas, como marcarse metas a corto plazo, mantener una rutina o tachar días en el calendario (12,21). Otras estrategias las constituyen actitudes como pensar en negativo, compararse con otras personas en peor estado de salud, centrarse en vivir el presente o hacer uso del humor (12,16,18,21,24).

Un deseo repetitivo es terminar con el confinamiento para recuperar su yo y vida pasada (15,21,33). En ocasiones, los sentimientos negativos que se generan en su afán por conseguirlo pueden desencadenar la puesta en marcha de estrategias menos eficaces como la negación o conductas de evitación (24). Estos comportamientos acaban contribuyendo en la creación de un mayor malestar expresado en forma de angustia emocional (24).

En último lugar, hay quienes designan tiempo a tareas más dinámicas como la participación en el autocuidado o actividades de ocio para poder mantenerse activos

(15,18). Algunos ejemplos de estas últimas son la lectura, la escritura, la costura, el cine y la música (6,18). Para otros, rezar también puede favorecer a mantener un estado de ánimo firme y encontrar un espacio para la tranquilidad (6,15,18).

Por otro lado, dormir o ver la televisión son actividades más pasivas, pero también concurrentes (15,16,18). Esta última no solo es utilizada como medio de entretenimiento sino con la intención de no desvincularse de la realidad exterior (16).

El aislamiento, por consiguiente, acaba dando lugar a una mayor conciencia de los cambios que les rodean, incluyendo las modificaciones corporales producidas por la quimioterapia y el injerto de células madre (16,18,21). Algunas transformaciones físicas como la retención de líquidos o pérdida de peso corporal impactan en la identidad personal (18). También subrayan el desarrollo de un instinto innato que les ayuda a interpretar los diferentes estímulos que perciben, de tal manera que son más conscientes de su enfermedad (18): “Antes de hacerme el TAC, ya sabía que la enfermedad había vuelto. ¡Es algo que se siente por dentro!” (p4).

Del mismo modo, también puede ayudar a aclarar con mayor objetividad los planes de futuro y dar una prioridad a la vida personal (6,16), tal y como muestra la siguiente cita: “[...] de hecho me dio la oportunidad de volver a pensar en mí misma; si no pensaba ahora, no pensaría nunca” (6 p7).

Sin embargo, el principal objetivo que persigue el relacionarse con uno mismo es adoptar un significado profundo al confinamiento (15). Pasar tiempo a solas puede ayudar a que las personas reflexionen sobre los beneficios en su salud como es la prevención de infecciones (15). Poder discurrir sobre este aspecto puede facilitar la conclusión de que su ingreso es un desafío más de la vida o un motivo relevante para acabar con su enfermedad (15,16). Así pues, la persona encuentra la aceptación y racionalización de la situación (15,16). De esta manera, el aislamiento protector pasa a ser visto como una defensa para sí mismo y sus seres queridos (15,16,18).

A largo plazo, en algunas personas puede observarse un crecimiento postraumático ya que la experiencia es utilizada como razón para progresar individualmente (6,16).

Una vez alcanzan una recuperación inmunológica y hematológica al alta, muchos

adoptan estilos de vida a su favor como son el seguir una alimentación variada y equilibrada, hábitos de descanso más adecuados y el cese de consumo de sustancias tóxicas (16). Asimismo, muchos experimentan un cambio en la manera de concebir el mundo, reduciéndose la culpa y valorando más el presente (6): “[...] me he dado cuenta de que no soy responsable de lo que ocurre en mi vida. Haré lo que pueda, seré positiva y no me preocuparé más” (p7).

4.2.3 Efectos del aislamiento en la relación con los demás

En su estancia hospitalaria, las personas no se oponen al mundo exterior (15). De hecho, en la mayoría de ocasiones buscan de forma imparable comunicarse con su entorno, especialmente el familiar, al ser el principal recurso social (3,15,16). Sin embargo, las reglas estrictas de aislamiento ocasionan dificultades significativas en la relación con los demás (14).

Para algunos, la manera primordial para acercarse a sus seres queridos se produce a través de una ventana que separa la habitación del pasillo (18). No obstante, a veces las visitas pueden quedar completamente restringidas (3). En estos casos, dado que no pueden mantener un contacto directo, tratan de establecer una relación mediante el uso de sistemas de comunicación virtual como el teléfono u ordenador (3,16,18). Así pues, el intercambio de emociones e ideas pueden darse a distancia a través de mensajes en redes y llamadas (3,6,18,21). Con frecuencia esta estrategia puede ser insuficiente generando un concepto de ineficacia social (3). Otras veces, en su ausencia, guardan fotografías u objetos del pasado, facilitando la comodidad aun permaneciendo fuera de su hogar (3): “Traje conmigo una muñeca esterilizada... me acompaña como una familia” (p8).

Alejarles de los seres queridos puede ser contraproducente, particularmente si existen preocupaciones en torno a dejar a personas mayores o niños solos en casa (15,16). En personas más jóvenes puede tener un efecto distinto, pudiendo ocasionar un sentimiento de abandono, tal y como muestra la siguiente cita: “Sentí desapego por mi madre... necesitaba que estuviera conmigo” (6 p7).

Así pues, el grado de apoyo y contacto que perciban durante la hospitalización puede reforzar o debilitar los vínculos personales (16).

Sin embargo, es importante tener en cuenta que hay un porcentaje menor de personas que prefieren permanecer en soledad (15,16). Esto puede ocurrir en situaciones en las que se sienten culpables de traspasar el dolor a los familiares involucrados en su cuidado (15,16). Para evitarlo, cuando se producen visitas pueden optar por entrenarlos psicológicamente, tal y como se aprecia en la próxima cita: “¿Estás preparado para ver a mamá sin pelo?” (16 p9). Otras veces, el aislamiento del entorno es deseado intencionadamente para conservar su dignidad o evitar el atosigamiento que ocasiona la formulación de cuestiones incómodas (16).

Finalmente, al prescindir del apoyo habitual de su ámbito social, sienten la necesidad de abrir su círculo, buscando la relación con el equipo sanitario (3,15). Las enfermeras pueden acabar siendo vistas como compañeras y ser incluidas dentro de un concepto de amistad, por la alta percepción de empatía y comprensión que muestran (15,18).

4.3 Factores que influyen en la percepción de la experiencia del aislamiento protector

La percepción negativa del aislamiento se relaciona con una menor adherencia al tratamiento al aumentar la angustia, reducir el rendimiento físico y los estímulos positivos que empujan a ella (24,27). Su aparición puede incluso llegar a comprometer el nivel de vida de los largos supervivientes (18). Esta puede estar condicionada por la presencia de factores que generan un mayor sufrimiento en el aislamiento y dificultades en la relación de la persona consigo mismo y su entorno (ver Tabla 7).

Tabla 7. Factores que influyen negativamente en la percepción del aislamiento. Elaboración propia a partir de (4,14,24).

Mayor sufrimiento en el aislamiento	Factores asociados
	<ul style="list-style-type: none"> · Género masculino y/o femenino · Edad avanzada · Bajo nivel de estudios · Habitación doble · Menor satisfacción en horas de visitas · Menor apoyo emocional de enfermería
Mayor dificultad en la relación con uno mismo	Factores asociados
	<ul style="list-style-type: none"> · Menor temperatura corporal en los días 7 y 9 postrasplante · Mayor fatiga · Menor apoyo emocional de enfermería
Mayor dificultad en la relación con los demás	Factores asociados
	<ul style="list-style-type: none"> · Bajo nivel de estudios · Menor número de ciclos de quimioterapia pretrasplante · Menor satisfacción en horas de visitas · Mayor dolor físico en los días 7 y 9 postrasplante

4.3.1 Factores sociodemográficos

Dentro de la adultez, la edad avanzada se ha visto señalada como factor de riesgo para una mayor depresión durante el aislamiento (24). No obstante, los efectos del género sobre el área emocional y social no quedan claramente definidos. Si bien las mujeres pueden describir una mayor carga de síntomas globales y por ende un mayor estrés psicológico (4,24), hay estudios que lo atribuyen al género masculino (14). Este hecho puede ser explicado por la influencia social que anima a los varones a evitar comunicar sus pensamientos y ser más autosuficientes (14).

Por otro lado, un nivel de estudios bajo podría desencadenar un mayor malestar al dotar de estrategias poco eficaces en aminorar la sensación de soledad, al igual que menores habilidades de comunicación social (14).

4.3.2 Factores clínicos

Las consecuencias físicas más frecuentes tras el TCMH son la fatiga, dolor, alopecia, inapetencia sexual, sequedad bucal, desórdenes del sueño, así como alteraciones

gastrointestinales, visuales y dermatológicas (3,4,18). Existen estudios que sugieren una correlación entre los síntomas físicos y psíquicos (3). Por ejemplo, la depresión se asocia a una mayor percepción de dolor y astenia, mientras que la ansiedad a la disnea y mareos (3).

En realidad, las emociones negativas pueden intervenir en aumentar la fatiga, que afecta al 82% de los pacientes hospitalizados (4,27). A su vez, esta disminuye la capacidad funcional de la persona para poder realizar actividades físicas, fomentando el permanecer encamado (27). El sedentarismo, por su parte, constituye un factor nocivo adicional pues actúa limitando la movilidad muscular e impactando sobre el estado físico general (18).

Al mismo tiempo, la capacidad en estas personas para el manejo de los síntomas físicos se ve reducida por el estrés del confinamiento (18). El problema reside en que, cuando estos síntomas son percibidos con intensidad, pueden llegar a suponer un problema mayor que el sentimiento de soledad (21). De hecho, el malestar físico puede impedir la puesta en marcha de estrategias como la propia distracción (16,18), tal y como se observa en la siguiente cita: “Así que pensé: Voy a usar el Wi-Fi, ¡voy a mirar eso! Pero luego fue imposible porque estaba completamente fuera de mí” (18 p5).

Un deficiente estado de salud, condicionado por el número de síntomas globales, se relaciona con un escaso afrontamiento y autoestima (4). La vivencia negativa alimenta un bajo cumplimiento terapéutico y cooperación en conductas dirigidas al bienestar, pudiendo reportarse hasta pasados cien días del trasplante (27): “[...], cuando no te sientes bien, te desentiendes” (p5).

Del mismo modo, la relación con uno mismo puede verse condicionada por la combinación de astenia junto a una baja temperatura corporal en los días siete y nueve después del injerto (14). La razón puede deberse a que, al experimentar un mayor bienestar, las personas prestan menos atención a los cambios corporales (14). De esta forma, se reduce la oportunidad de relacionarse con uno mismo y por tanto encontrar un significado a la experiencia (14). Por el contrario, aquellas que reciben un mayor número de ciclos quimioterápicos durante el acondicionamiento parten de

un estado físico y pronóstico más preocupante, por lo que puede que sea más probable que vean el aislamiento como una defensa para sí mismas (14).

El dolor, por su parte, se asocia a una peor capacidad de relacionarse con los demás (14). Este normalmente aparece como efecto de la mucositis oral interfiriendo sobre el habla y el bienestar emocional, lo que aminora las conductas sociales (14).

4.3.3 Factores relacionados con las medidas de aislamiento

En cualquier caso, las circunstancias ambientales son algunas de los factores que mayor impacto tienen sobre el bienestar psicosocial de estas personas. Entre ellos, el tamaño de la habitación determina el nivel de soledad durante el ingreso (15,16,18,27). Una habitación pequeña puede incrementar la percepción de estar condenado en prisión (3). Por ende, estas desean permanecer en un cuarto más grande, decorado e individual (14-16,33).

El aislamiento frente a otras personas puede desembocar en una falta de vinculación socioemocional (16). La preferencia de no compartir habitación puede deberse a este hecho, ya que estas tratan de anteponerse a ellas mismas y evitar que las experiencias de otros interfieran en su recuperación (14,16), tal y como se aprecia en la siguiente cita: “Creo que sufres el doble. Puede que tú no tengas náuseas en ese momento, pero el otro sí, así que vuelves a sentirlas” (16 p4).

Pese a ello, el 19,8% de estas personas desearían disponer de una unidad donde poder pasar tiempo en común (14). Otros factores como la comida, la sensación de frío, el contacto con material estéril y la incapacidad de gozar de un buen descanso nocturno por los cuidados prestados, son identificados como asuntos irritantes en la hospitalización (18,21,33). Inversamente, tener la sensación de estar recibiendo una atención en continuidad incrementa su seguridad (21,33).

Por último, un factor importante en el alivio del estrés lo conforma la familia y los amigos (6). Su presencia aumenta la esperanza, mejora el estado de ánimo y promueve un sentimiento de lucha (6,15,16,18). Debido a ello, suele haber una insatisfacción con las normas de aislamiento, siendo el hecho de permanecer con sus seres queridos y tener horarios de visita flexibles los asuntos más solicitados (14-16).

El ser conscientes de los obstáculos a los que los miembros familiares deben enfrentarse para poder visitarlos, como es el trayecto y el gasto económico, puede aumentar el sentimiento de estar aislados (16). Suele haber una gran apreciación por los encuentros familiares, sobre todo si creen que requieren un esfuerzo por parte del visitante, que no esconden intereses personales, que son duraderos y que se les informa de aspectos positivos (18). Cohibirles del contacto social cuando este es anhelado, puede acentuar el sufrimiento frente al aislamiento, al mismo tiempo que los problemas de relación con los demás (14).

4.3.4 Factores relacionados con la práctica enfermera

El apoyo psicosocial de las enfermeras es un aspecto clave para la experiencia de las personas, ya que cuando este no satisface unas necesidades mínimas da lugar a un mayor estrés emocional y dificultades considerables en la relación con uno mismo (14,16).

En general, el grado de satisfacción con los cuidados de enfermería es elevado (16,18,21,33). Sin embargo, aspectos como la preparación frente al proceso ocasionan vacíos en la calidad de la atención asistencial.

La escasez de conocimientos sobre el aislamiento y trasplante puede conducir a una baja autosuficiencia (3,6). Al momento del ingreso, los pacientes sugieren adquirir conocimientos acerca de las indicaciones sobre su nueva estancia y reglas de aislamiento (3). Más adelante, las preocupaciones giran en torno a conocer los efectos secundarios que padecerán, estrategias de afrontamiento y conductas para el autocuidado (3). De hecho, la participación en su tratamiento puede ayudar a que tengan una percepción positiva del aislamiento (33).

Ante la falta de información, las personas pueden verse obligadas a consultar fuentes poco fiables como internet o sujetos no pertenecientes al área sanitaria (3,6). De hecho, la percepción de una información insuficiente puede influir en la toma de decisiones de la persona, incluyendo la de recibir el mismo trasplante (6). También puede dar lugar a un limitado reconocimiento de síntomas, así como favorecer la dependencia hacia el personal sanitario junto a la demanda excesiva de cuidados (3):

“Si no me siento bien, simplemente se lo diré a tiempo al médico y la enfermera. Ciertamente no lo manejaré yo mismo” (p7).

Algunas intervenciones que han sido resaltadas por dichas personas son la puesta en marcha de reuniones interdisciplinarias en colaboración con las mismas (21). Estas persiguen el objetivo de facilitar la continuidad de los cuidados, establecer una pauta individualizada y transmitir información actualizada, consiguiendo afianzar el compromiso con el equipo sanitario y reforzar el sentimiento de seguridad (21). También agradecen disponer de los resultados clínicos cada día en una pizarra (6).

No obstante, no solo describen preocupaciones respecto a la información que reciben, sino también la que se pueda proporcionar a los demás (18,21). Aquellos sometidos a un trasplante alogénico muestran inquietud por la posible falta de cooperación de la sociedad en la donación de médula ósea y sangre, ya que esto amenaza su recuperación (18). Asimismo, resaltan la importancia de obtener siempre una respuesta concisa y veraz a las preguntas que formulen durante su ingreso (21,33).

Por último, las personas no pretenden hablar únicamente de sus intereses clínicos sino también comunicar sus miedos e inseguridades (21). Por ende, las visitas de las enfermeras son agradecidas, en particular si se dan de forma natural y voluntaria (16). Aunque comunicar con humanidad, positivismo y cercanía son cualidades apreciadas (16,18), Dunn y colaboradores resaltan la significancia de la escucha y comprensión. Las personas al percibir que sus inquietudes no son aceptadas o tomadas en consideración, puede generarles más preocupación, impotencia y cerrarse a comunicar su mundo interior, lo cual deriva en una situación de ineptitud (12).

5. DISCUSIÓN

El objetivo principal de este trabajo era explorar el impacto psicosocial producido en las personas trasplantadas de progenitores hematopoyéticos durante el aislamiento protector. A la vista de los resultados obtenidos, estos efectos ocurren en diferentes áreas de la vida de la persona, afectando a la relación consigo mismo y el mundo que les rodea.

A lo largo de la revisión se ha observado que el estrés psicológico puede manifestarse en el 42% de las personas (24), aproximándose a la cifra reflejada en estudios anteriores (8,20,23). A su vez, la literatura ha señalado que los niveles más altos de ansiedad se presentan dos semanas después del injerto (24). Sin embargo, comúnmente se ha descrito que esta adopta un patrón decreciente, alcanzando su pico más alto en el periodo pretrasplante (2,8). Esta discrepancia puede deberse a que determinadas escalas de medición, como la DASS-21, evalúan la ansiedad a partir de la percepción de clínica física, siendo el postrasplante el periodo donde mayores efectos físicos se presentan (24). Asimismo, la demora del ingreso hospitalario hasta después del injerto también puede explicar estos hallazgos (24).

Por lo general, las personas se enfrentan a la simultaneidad y correlación de síntomas físicos y psíquicos (3). Mientras que la ansiedad o depresión agudizan las manifestaciones físicas, factores como la falta de fatiga o fiebre, así como el dolor, pueden impactar sobre el bienestar psicosocial (3,14). Este hecho pone en manifiesto la necesidad de una atención al carácter global de los síntomas, al mismo tiempo que un abordaje conjunto desde una misma relevancia (3).

Por otro lado, la literatura ha señalado que el estrés se acompaña de sentimientos de soledad, incertidumbre, culpa, miedo, falta de control, impotencia y dependencia en los cuidados. Pese a que existen diversas circunstancias que influyen en la aparición de estas emociones, el aislamiento protector se ha relacionado estrechamente con sentirse solo y creer sufrir un castigo, o estar encarcelado y enjaulado (3,12,15,16,27). Estas percepciones se asemejan a las presenciadas en momentos históricos, siendo un ejemplo el cumplimiento de cuarentena durante la pandemia por Sars-Cov-2 en el año 2020 (34,35).

Al contrario, también se manifiestan emociones positivas con la llegada del alta, tales como la esperanza (6). Sin embargo, parece que estas guardan relación con el cese de las restricciones, pues la finalización del ingreso supone estar más cerca de la recuperación y de volver a su vida pasada, un deseo anhelado (15,21,33).

Con el fin de hacer frente a ese malestar, las personas utilizan como mecanismo de afrontamiento la relación consigo mismo para la participación en su autocuidado, relajación, distracción y en especial, la creación de un sentido (15,18). Asimismo, la relación con otras personas sigue manteniéndose viva, siendo significativo el contacto con el personal sanitario (3,15). Partiendo de esta base, las enfermeras podrían favorecer a que este fenómeno tenga lugar. Para ello, podrían ayudar a encontrar sus propios intereses, proporcionar un espacio para ello, animar a que se mantengan activos en su tratamiento y facilitar el significado real del aislamiento, trabajando los beneficios de su cumplimiento tales como la prevención de infecciones o la autorreflexión (4,6,15,16,21). A su vez, la religión se ha visto empleada como mecanismo de afrontamiento (6), por lo que las necesidades espirituales de estas personas también deberían tenerse en cuenta.

En relación con este afán de superación, cabe destacar que la búsqueda de apoyo no parece ser lo suficientemente eficaz (24). Según varios estudios analizados (6,14), el entorno social constituye uno de los principales recursos capaces de aliviar el sufrimiento. Este hecho parece dirigirse especialmente al círculo más cercano, pues la literatura ha determinado que existe una preferencia notable por no compartir habitación (14,16). Al no estar presente esta fuente de ayuda, parece ser que dichas estrategias resultan contraproducentes (24). Por consiguiente, las enfermeras podrían ayudar a través de un apoyo psicológico basado en la cercanía y escucha activa, alentar el uso de tecnologías para permitir la comunicación con la familia y enseñar estrategias dirigidas a una aceptación de la experiencia (6,14,16,24).

Pese a ello, la literatura ha señalado que el sentimiento de soledad puede a veces ser imposible de paliar (3), siendo un efecto reportado en otras circunstancias de aislamiento social (36). De hecho, se ha visto que las consecuencias pueden llegar a resultar en cambios en las relaciones interpersonales a partir de una desvinculación

emocional (6,16). Este punto podría tenerse en consideración, siendo interesante priorizar en investigaciones futuras el desarrollo de intervenciones de enfermería que reduzcan la soledad en estas personas.

Otro de los objetivos era definir los factores que condicionan las experiencias en el aislamiento protector. En general, este trabajo ha determinado que las percepciones tienen un importante potencial de transformación al haberse identificado múltiples factores que condicionan su aparición (24).

Por un lado, Biagioli *et al.* (14) reportó que los varones se enfrentaban a un mayor sufrimiento durante el aislamiento por una cohibición comunicativa y social. Esto refuerza la idea de que el silencio frente a los sentimientos y cogniciones relacionadas con la enfermedad puede deteriorar la socialización (12). En consecuencia, las enfermeras deberían trabajar a partir de un apoyo psicosocial que no dependa de la expresión literal de un malestar.

Por otro lado, la competencia del equipo sanitario y en particular, el apoyo de enfermería, influyen en la percepción del aislamiento (14,21,33). Según Bergkvist *et al.* (21) los pacientes que parten de unos mayores conocimientos participan más en su autocuidado y mejoran su afrontamiento. Este punto se ha podido comprobar cuando en dos estudios (3,6), la deficiente preparación condujo a problemas en el reconocimiento y manejo de los síntomas, así como una menor independencia en los cuidados. No obstante, también debe considerarse que la información puede ser utilizada de forma perniciosa al reconocer el autocuidado como una fuente de estrés y originar una paranoia (12).

Por tanto, la seguridad en el aislamiento se asocia a los cuidados diarios y la información prestada (33). Sin embargo, trabajar en base a esta seguridad presenta matices, pues la sobreprotección puede hacerles sentir vulnerables una vez las normas de confinamiento desaparecen (12,18). Asimismo, los miedos con relación a la muerte se describen pasados un año después del trasplante (6). Estos hechos ponen en manifiesto la necesidad de un seguimiento al alta, así como la preparación previa en su transición al hogar (6,12). Enfermería podría facilitar recomendaciones

fuera del aislamiento para la disminución del riesgo de complicaciones, así como educar en el automanejo de los síntomas recurrentes (18).

Teniendo en cuenta los resultados, el aislamiento protector deriva en importantes efectos psicosociales y un impacto en la capacidad de afrontamiento, tanto a corto como largo plazo. La exploración de las percepciones puede ser una herramienta de apoyo para la identificación precoz de personas en riesgo aunque el carácter dinámico de los efectos hace necesaria la reevaluación (3,4,24). La literatura señala que las enfermeras desempeñan un papel importante en el bienestar de estas personas, por lo que la formación de las mismas en las Unidades de Médula Ósea podría servir como apoyo para alcanzar las competencias necesarias y conducir a una mejora significativa de los cuidados. La complejidad de los efectos también sugiere la figura de un psicooncólogo, donde programas de intervención psicológica diseñados para estas personas han demostrado una mejora significativa en la calidad de vida (2).

Por último, otro objetivo era describir el tipo de literatura que abordan estas experiencias. Tal y como se ha descrito, la mayor parte de los artículos se desarrollan dentro del marco europeo. Según el último informe de la Newsletter Transplant (37), España se encontró entre los cinco países europeos que más TPH realizó en 2021, pese a que entre los artículos seleccionados no se localiza ninguno a nivel nacional. Italia, por su parte, constituye el mayor representante de los estudios incluidos en la revisión. Este superó los 5.200 trasplantes ese mismo año (37), lo que podría explicar su especial interés. Sin embargo, la incidencia de casos de TPH en España sigue creciendo, habiendo una diferencia del 6,77% entre 2020 y 2021 (10). Existe un gran vacío en la literatura científica española teniendo en cuenta que el número de trasplantes de médula ósea parece seguir progresando cada año (8,9).

Por otro lado, la mayoría de artículos tratan de enfocarse en un tipo de injerto, siendo algo más frecuente el alotrasplante. Esto podría asociarse a que, a lo largo del tiempo estos han sido catalogados como los de mayor complejidad por la necesidad de una histocompatibilidad y un mayor riesgo de desarrollo de complicaciones como la EICH (5,8,11,29). No obstante, parece ser que el autotrasplante incluye con frecuencia a

personas más envejecidas, reconocido como factor de riesgo (14,29), al mismo tiempo que un mayor porcentaje de fracasos terapéuticos (20). Su inclusión en siguientes investigaciones debería tenerse en consideración.

Asimismo, la diversidad de la muestra de estudios seleccionada merece ser mencionada. En concreto, resulta relevante destacar la presencia de estudios cuantitativos o de metodología combinada para la investigación de las percepciones, teniendo en cuenta la limitada información que aportan las preguntas incorporadas en encuestas. También se ha observado en ocasiones el uso de una proyección retrospectiva de la investigación, lo cual puede afectar a los resultados al intervenir la capacidad cognitiva de la persona, pudiéndose perder o modificar hechos importantes para el estudio.

Considerando los puntos anteriores, los resultados no deberían extrapolarse. Además de las limitaciones ya nombradas, resulta relevante destacar la condición de la población estudiada. Los resultados no deberían aplicarse a pacientes pediátricos, adolescentes o con otras enfermedades no oncohematológicas por su exclusión en este trabajo. Asimismo, debe considerarse la variedad en cuanto a las normas de hospitalización de cada centro, lo que podría afectar en la aplicación de los resultados de este trabajo.

Por ende, una posible mejora para estudios que inicien la investigación en esta línea sería la inclusión de artículos con un cumplimiento similar de reglas de aislamiento. Si bien es cierto que a su vez podría considerarse una fortaleza, ya que aporta una visión más amplia de la situación que viven estas personas, la especificación de sus circunstancias podría ayudar a la aplicación de los resultados en la práctica real.

Pese a las limitaciones descritas, se ha conseguido alcanzar el objetivo principal del trabajo y se abre el camino a nuevas investigaciones, pudiendo ser el desarrollo de intervenciones enfermeras dirigidas a la reducción de la soledad, así como el de estrategias de aceptación del aislamiento protector en el TPH.

6. CONCLUSIONES

En esta revisión se concluyen los siguientes nueve puntos:

1. El aislamiento protector constituye el origen de un sufrimiento basado en la soledad e intensificación de la incertidumbre y miedos, pudiendo persistir pese al cese de restricciones en el alta hospitalaria.
2. Los efectos psicológicos del aislamiento pueden acarrear consecuencias en las esferas físicas y funcionales de la persona, dificultando la capacidad de adaptación al proceso y ocasionando dependencia en los cuidados.
3. Pese a las normas de aislamiento social, la familia y amigos son reconocidos como el principal recurso de apoyo, produciéndose cambios en las relaciones interpersonales y problemas de afrontamiento ante su ausencia.
4. La percepción del aislamiento protector supone una experiencia individual y modificable, influenciada por múltiples factores personales y ambientales. Dentro de estos últimos, la competencia del equipo sanitario constituye uno de los mayores condicionantes.
5. Enfermería desempeña un papel importante en la potenciación de un afrontamiento eficaz a través del apoyo psicosocial, preparación mediante una educación sanitaria, promoción de la participación en el autocuidado y ayuda en la creación de un sentido.
6. Enfermería puede explorar las percepciones del aislamiento como herramienta para la evaluación del bienestar y detección precoz de personas en riesgo, al inicio y durante el transcurso del ingreso.
7. La figura de una enfermera especializada en las Unidades de Médula Ósea podría aportar calidad y mejora en los cuidados prestados.
8. Existe un gran vacío en la literatura científica española pese a la incidencia progresiva del TPH cada año.
9. El desarrollo de intervenciones de enfermería que reduzcan la soledad y promuevan la aceptación de la experiencia podrían conformar campos de interés en investigación.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Azevedo IC, Ferreira Junior MA, Flores VGT, Goncalves EAP, Frota OP, Cardoso MP, et al. Psychological suffering of patients transplanted with hematopoietic stem cells. *Biosci. J.* 2019 Sep-Oct; 35(5): 1633-1639. doi: [10.14393/BJ-v35n5a2019-36226](https://doi.org/10.14393/BJ-v35n5a2019-36226)
2. De Linares-Fernández S. Valoración de la influencia de variables psicológicas y estados emocionales en la implantación de progenitores hematopoyéticos en trasplante de médula: efectos de un programa de intervención psicológica [tesis doctoral en Internet] Granada: Universidad de Granada; 2014. Recuperado a partir de: <http://hdl.handle.net/10481/35456>
3. Chen J, Yu J, Xie M, Wu Y, Hu R. Understanding the symptom experience and self-management strategies of adult hematopoietic stem cell transplantation patients during hospitalization: findings from a qualitative longitudinal study. *Support Care Cancer.* 2022;30(12):10137–10147. doi: [10.1007/s00520-022-07428-1](https://doi.org/10.1007/s00520-022-07428-1)
4. Bergkvist, K. Life situation in patients and their family members after allogeneic hematopoietic stem cell transplantation: aspects of health and support in different care settings [tesis doctoral en Internet] Stockholm: Sophiahemmet University; 2015. Recuperado a partir de: <http://hdl.handle.net/10616/44666>
5. Instituto Nacional del Cáncer. Trasplantes de células madre formadoras de sangre [Internet]. 2013 [citado el 7 de enero de 2023] Recuperado a partir de: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/tipos/trasplante-de-celulas-madre/hoja-informativa-medula-osea-trasplante>
6. Alnasser Q, Abu Kharmah SD, Attia M, Aljafari A, Agyekum F, Ahmed FA. The lived experience of autologous stem cell-transplanted patients: Post-transplantation and before discharge. *J Clin Nurs.* 2018;27(7-8):e1508–e1518. doi: [10.1111/jocn.14276](https://doi.org/10.1111/jocn.14276)

7. Gómez-Almaguer D, Gutiérrez-Aguirre CH, Cantú-Rodríguez OG. Trasplante de células hematopoyéticas. En: Pérez-Rodríguez E, Zapata-Chavira HA, Cordero-Pérez P, editores. Conceptos actuales en donación y trasplante de órganos y tejidos [Internet] Ciudad de México: Editorial Alfil; 2017. p. 217-226. [consultado el 1 de enero de 2023] Recuperado a partir de: <https://elibro.net/es/ereader/upna/117536>
8. Nakamura ZM, Nash RP, Quillen LJ, Richardson DR, McCall RC, Park EM. Psychiatric care in hematopoietic stem cell transplantation. *Psychosomatics*. 2019 May-Jun;60(3):227–237. doi: [10.1016/j.psym.2019.01.005](https://doi.org/10.1016/j.psym.2019.01.005)
9. Crooks M, Seropian S, Bai M, McCorkle R. Monitoring patient distress and related problems before and after hematopoietic stem cell transplantation. *Palliat Support Care*. 2014;12(1):53-61. doi: [10.1017/S1478951513000552](https://doi.org/10.1017/S1478951513000552)
10. Organización Nacional de Trasplantes. Memoria de actividad de Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos, España 2021. [Internet] España; 2021 [citado el 7 de enero de 2023]. Recuperado a partir de: <http://www.ont.es/infesp/Memorias/Memoria%20TPH%202021%20con%20terapia%20celular.pdf>
11. Buyuktur AG, Ackerman MS. Issues and opportunities in transitions from speciality care: a field study of bone marrow transplant. *Behav Inf Technol*. 2015;34(6):566-584. doi: [10.1080/0144929X.2014.921729](https://doi.org/10.1080/0144929X.2014.921729)
12. Dunn E, Arber A, Gallagher A. The immediacy of illness and existential crisis: patients' lived experience of under-going allogeneic stem cell transplantation for haematological malignancy. A phenomenological study. *Eur J Oncol Nurs*. 2016 Apr;21:90-96. doi: [10.1016/j.ejon.2016.01.001](https://doi.org/10.1016/j.ejon.2016.01.001)
13. Garbin LM, Silveira RCCP, Braga FTMM, Carvalho EC. Medidas utilizadas en la prevención de infecciones en trasplante de células tronco hematopoyéticas: evidencias para la práctica. *Rev. Latino-Am Enfermagem*. 2011 May-Jun;19(3):640–650. doi: [10.1590/S0104-11692011000300025](https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000300025)

14. Biagioli V, Piredda M, Annibali O, Tirindelli MC, Pignatelli A, Marchesi F, et al. Factors influencing the perception of protective isolation in patients undergoing haematopoietic stem cell transplantation: A multicentre prospective study. *Eur J Cancer Care.* 2019;28(6):1-11. doi: [10.1111/ecc.13148](https://doi.org/10.1111/ecc.13148)
15. Biagioli V, Piredda M, Alvaro R, de Marinis MG. The experiences of protective isolation in patients undergoing bone marrow or haematopoietic stem cell transplantation: systematic review and metasynthesis. *Eur J Cancer Care.* 2017;26(5):1-13. doi: [10.1111/ecc.12461](https://doi.org/10.1111/ecc.12461)
16. Biagioli V, Piredda M, Annibali O, Iacorossi L, D'Angelo D, Matarese M, et al. Being in protective isolation following autologous haematopoietic stem cell transplantation: A phenomenological study. *J Clin Nurs.* 2017;26(23-24):4467–4478. doi: [10.1111/jocn.13777](https://doi.org/10.1111/jocn.13777)
17. Annibali O, Pensieri C, Tomarchio V, Biagioli V, Pennacchini M, Tendas A, et al. Protective isolation for patients with haematological malignancies: A pilot study investigating patients' distress and use of time. *Int J Hematol Oncol Stem Cell Res [Internet].* 2017 Oct;11(4):313–318. Recuperado a partir de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5767293/>
18. Biagioli V, Piredda M, Mauroni MR, Alvaro R, de Marinis MG. The lived experience of patients in protective isolation during their hospital stay for allogeneic haematopoietic stem cell transplantation. *Eur J Oncol Nurs.* 2016 Oct; 24:79-86. doi: [10.1016/j.ejon.2016.09.001](https://doi.org/10.1016/j.ejon.2016.09.001)
19. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. 2007 Guideline for isolation precautions: Preventing transmission of infectious agents in healthcare settings [Internet] CDC, 2022 May [citado el 9 de enero de 2023]. Recuperado a partir de: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html>
20. Tecchio C, Bonetto C, Bertani M, Cristofalo D, Lasalvia A, Nichele I, et al. Predictors of anxiety and depression in hematopoietic stem cell transplant

- patients during protective isolation. *Psycho-Oncology*. 2013; 22(8): 1790-1797. doi: [10.1002/pon.3215](https://doi.org/10.1002/pon.3215)
- 21.** Bergkvist K, Fossum, B, Johansson UB, Mattsson J, Larsen J. Patients' experiences of different care settings and a new life situation after allogeneic haematopoietic stem cell transplantation. *Eur J Cancer Care*. 2018;27(1):1-9. doi: [10.1111/ecc.12672](https://doi.org/10.1111/ecc.12672)
- 22.** Hobfoll SE, Gerhart JI, Zalta AK, Wells K, Maciejewski J, Fung H. Posttraumatic stress symptoms predict impaired neutrophil recovery in stem cell transplant recipients. *Psycho-Oncology*. 2015;24(11):1529–1535. doi: [10.1002/pon.3761](https://doi.org/10.1002/pon.3761)
- 23.** El-Jawahri AR, Vandusen HB, Traeger LN, Fishbein JN, Keenan T, Gallagher ER, et al. Quality of life and mood predict posttraumatic stress disorder after hematopoietic stem cell transplantation. *Cancer*. 2016; 122(5):806–812. doi: [10.1002/cncr.29818](https://doi.org/10.1002/cncr.29818)
- 24.** Baliouis M, Rennoldson M, Dawson DL, Mills J, das Nair R. Perceptions of hematopoietic stem cell transplantation and coping predict emotional distress during the acute phase after transplantation. *Oncol Nurs Forum*. 2017 Jan;44(1):96-107. doi: [10.1188/17.ONF.96-107](https://doi.org/10.1188/17.ONF.96-107)
- 25.** Seo HJ, Baek YG, Cho BS, Kim TS, Um YH, Chae JH. Anxiety and depression of the patients with hematological malignancies during hospitalization for hematopoietic stem cell transplantation. *Psychiatry Investig*. 2019 Oct;16(10):751-758. doi: [10.30773/pi.2019.07.12](https://doi.org/10.30773/pi.2019.07.12)
- 26.** Gerhart JI, Asvat Y, Lillis TA, Fung H, Grosse J, Hobfoll SE. The impact of posttraumatic stress symptoms on social support and social conflict during hematopoietic stem cell transplant. *J Psychosoc Oncol*. 2018;36(3):304–318. doi: [10.1080/07347332.2018.1425793](https://doi.org/10.1080/07347332.2018.1425793)
- 27.** Amonoo HL, Brown LA, Scheu CF, Harnedy LE, Pirl WF, El-Jawahri A, et al. Beyond depression, anxiety and post-traumatic stress disorder symptoms: Qualitative study of negative emotional experiences in hematopoietic stem

- cell transplant patients. *Eur J Cancer Care*. 2020;29(5):1-9. doi: [10.1111/ecc.13263](https://doi.org/10.1111/ecc.13263)
- 28.** Tichelli A, Labopin M, Rovó A, Badoglio M, Arat M, Van Lint MT, et al. Increase of suicide and accidental death after hematopoietic stem cell transplantation. *Cancer*. 2013 Jun; 119(11):2012-2021. doi: [10.1002/cncr.27987](https://doi.org/10.1002/cncr.27987)
- 29.** Mattos CAM, Marques ACB, Lenhane BE, Tomim DH, Guimaraes PRB, Kalinke LP. Correlation between additional concerns and personal performance with the quality of life in hospitalization for hematopoietic stem cell transplantation. *Cienc Cuid Saude*. 2018 Oct-Dic;17(4): 1-8. doi: [10.4025/ciencucidsaude.v17i4.45060](https://doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v17i4.45060)
- 30.** Kisch A, Lenhoff S, Zdravkovic S, Bolmsjo I. Factors associated with changes in quality of life in patients undergoing allogeneic haematopoietic stem cell transplantation. *Eur J Cancer Care* 2012;21(6):735–746. doi: [10.1111/j.1365-2354.2012.01354.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2012.01354.x)
- 31.** Herschbach P, Britzelmeir I, Dinkel A, Giesler JM, Herkommer K, Nest A, et al. Distress in cancer patients: Who are the main groups at risk?. *Psycho-Oncology*. 2020;29(4):703–710. doi: [10.1002/pon.5321](https://doi.org/10.1002/pon.5321)
- 32.** Consejo Internacional de Enfermeras. Declaración de posición: Salud Mental [Internet]. Ginebra: CIE; 2020 [citado el 5 de febrero de 2023]. Recuperado a partir de: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/PS_A_Mental%20Health_Sp%20FINAL%202.pdf
- 33.** Bergkvist K, Larsen J, Johansson UB, Mattsson J, Svahn BM. Hospital care or home care after allogeneic hematopoietic stem cell transplantation – Patients’ experiences of care and support. *Eur J Oncol Nurs*. 2013 Aug;17(4):389–395. doi: [10.1016/j.ejon.2012.12.004](https://doi.org/10.1016/j.ejon.2012.12.004)
- 34.** Goncalves AR, Barcelos JLM, Duarte AP, Lucchetti G, Goncalves DR, Silva e Dutra FCM, et al. Perceptions, feelings, and the routine of older adults during the isolation period caused by the COVID-19 pandemic: a qualitative study in

- four countries. *Aging Ment Health*. 2022 May; 26(5): 911-918. doi: [10.1080/13607863.2021.1891198](https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1891198)
- 35.** Smith CB, Wong KLY, To-Miles F, Dunn S, Gregorio M, Wong L, et al. Exploring experiences of loneliness among Canadian long-term care residents during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *Int J Older People Nurs*. 2023; 18(1): 1-14. doi: [10.1111/opn.12509](https://doi.org/10.1111/opn.12509)
- 36.** Balki E, Hayes N, Holland C. The impact of social isolation, loneliness and technology use during the COVID-19 pandemic on health-related quality of life: observational cross-sectional study. *J Med Internet Res*. 2022 Oct;24(10):e41536. doi: [10.2196/41536](https://doi.org/10.2196/41536)
- 37.** Council of Europe's European Committee on Organ Transplantation, Organización Nacional de Trasplantes. Newsletter Transplant: International figures on donation and transplantation 2021. [Internet] 2022; 27 [citado el 14 de abril de 2023]. Recuperado a partir de: http://www.ont.es/publicaciones/Documents/NEWSLETTER%202022_baja.pdf