

FASE 5: PLAN DE TRATAMIENTO Y VALORACION

SE ENCUENTRA EN EL PUNTO 1 DEL TRABAJO “ANALISIS DEL PROBLEMA “

FASE 6: “TRATAMIENTO, DISEÑO Y ADMINISTRACION “SESION 7

FASE 7: “VALORACION Y SEGUIMIENTO “ESTA INCLUIDO AL ABORDAR SUS NIVELES FISIOLÓGICOS, CUANDO LOS DEMAS NIVELES VAN DEMOSTRANDO MEJORA Y EVOLUCIONES

INTEGRANTES: -Alondra fuentes, - Fernanda Sánchez,-Gabriela alcázar

EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN UN CASO DE TRASTORNO ADAPTATIVO MIXTO CON ANSIEDAD Y ESTADO DE ÁNIMO DEPRESIVO EN UNA MUJER CON RECIDIVA POR CÁNCER DE MAMA

Paula Andrea Barraza

Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.

Resumen

El trastorno adaptativo es en la actualidad la psicopatología de diagnóstico más frecuente en pacientes oncológicos. En este artículo se presenta el estudio de un caso de trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo, en una mujer con recidiva por cáncer de mama. Se ofrece una propuesta de intervención psicológica breve en el marco de la intervención en crisis y de orientación cognitivo-conductual.

Se analizan los problemas expresados a nivel fisiológico, motor y cognitivo, y la relación funcional entre éstos y la manifestación del trastorno. Se exponen asimismo los determinantes, antecedentes y consecuentes de

la conducta problema. Como métodos de evaluación se empleó una entrevista semiestructurada de elaboración propia y los cuestionarios HAD, STAI y BDI, que indicaron una alta presencia de sintomatología ansiosa y depresiva. La intervención se estructuró en ocho sesiones de hora y media de duración, de periodicidad semanal.

Los resultados a nivel cuantitativo y cualitativo evidencian la eficacia de la intervención en el caso de la paciente, y el seguimiento llevado a cabo muestra que los resultados se mantienen.

A la vista de los resultados se sugiere que la adecuación de la intervención al modo de funcionamiento del paciente, la selección de objetivos a cumplir por la terapia, el grado de

motivación del paciente y el apoyo familiar y social, son factores importantes a tomar en consideración al diseñar intervenciones psicológicas breves en Psicooncología.

Palabras clave: Psicooncología, tratamiento psicológico, trastorno adaptativo, cáncer de mama, recidiva.

Correspondencia:

Revista de Psicooncología
Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Psicología.
Campus de Somosaguas. 28223, Madrid.
E-mail: illanes@canariastelecom.com

Abstract

Adjustment Disorder is at present the most frequently diagnosed psychopathology among cancer patients. In this article a case report of an adjustment disorder with mixed mood, anxiety and depressed mood, in a woman with breast cancer recurrence, is presented. A brief psychological intervention, in the crisis intervention model, cognitive – behavioural oriented is proposed.

Problems expressed at physiological, motor and cognitive levels are analysed, as well as the functional relation between them and the expression of the disorder. Determinants, antecedents and consequences of the problembehaviour are also exposed. As evaluation methods, a self-made semi-structured interview and the questionnaires HAD, STAI and BDI were used. They pointed out a high presence of anxious and depressive symptoms. Intervention was structured in eight weekly sessions of one and a half hour each.

Quantitative and qualitative results show the efficacy of intervention in this patient's case, and the monitoring held shows that results stand over the time.

In view of the results, it is suggested that adapting intervention to the patient's way of functioning, the selection of objectives that therapy is to comply with, the patient's motivation level as well as familiar and social support, are important factors to take into account when designing brief psychological interventions in Psychooncology.

Key words: Psychooncology, psychological treatment, adjustment disorder, breast cancer, recurrence.

INTRODUCCIÓN

Se presenta el caso de una mujer de 59 años, que cumple los criterios diagnósticos para un Trastorno Adaptativo Mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo⁽¹⁾; en el que el estresante principal identificado es el diagnóstico de recidiva de cáncer de mama por el hallazgo de metástasis.

Los trastornos adaptativos son aparentemente habituales, aunque el patrón epidemiológico varía ampliamente en función de la población estudiada⁽¹⁾. En el estudio de Derogatis et al.⁽²⁾, utilizando criterios del DSM-III, un 32 % de la población total estudiada cumplía los criterios diagnósticos para un Trastorno Adaptativo. Éste y otros estudios sugieren que se trata del trastorno de aparición más frecuente en pacientes oncológicos⁽³⁾.

En concreto la paciente fue diagnosticada en 1993 de cáncer de mama y sometida entonces a una mastectomía. En 1996 fue tratada por una recidiva local con cirugía, radioterapia y hormonoterapia. En 2002 acude a consulta con la psicóloga tras un prolongado ingreso hospitalario en el que se le realizan numerosas pruebas y se diagnostica una nueva recidiva (presencia de metástasis pleurales) y se inicia el tratamiento médico con quimioterapia. Es durante estos meses cuando la paciente acude a la consulta psicológica. En el momento en que se realiza la intervención la paciente está recibiendo un tratamiento paliativo.

La paciente refiere sentirse tensa, nerviosa e irritable. Describe una sensación fuerte de miedo y presencia de pensamientos recurrentes de muerte. Su malestar se traduce también en episodios de llanto incontrolado, insomnio de inicio y de mantenimiento, dificultades de comunicación con su marido y un gran descenso en su nivel de actividad.

La paciente es una mujer casada. Su marido ha sufrido varios infartos cerebrales cuyas consecuencias a nivel motor requieren

de la atención de la paciente. Tienen tres hijas, todas casadas con residencia fuera del hogar, y cuatro nietos. La madre de la paciente tiene 90 años y lleva una vida autónoma; el padre falleció cuando la paciente contaba 16 años, aunque hacía ya tres que la pareja se había separado. Los padres y hermanos del esposo fallecieron como consecuencia de un diagnóstico oncológico (Ver figura 1).

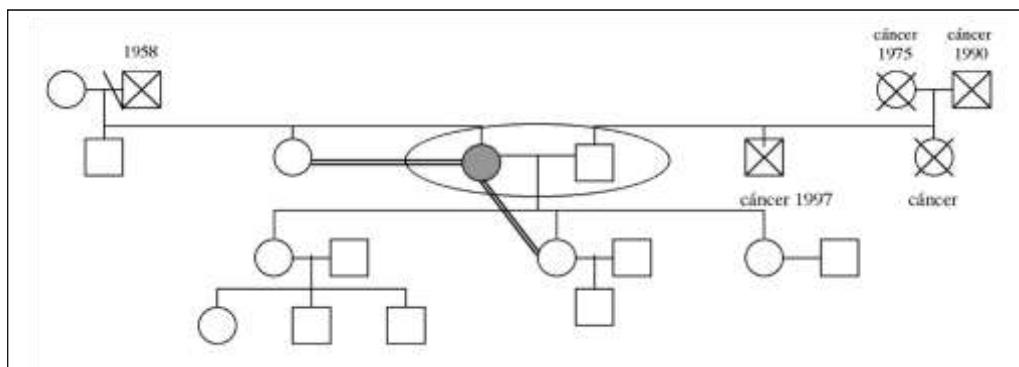
Como motivo de demanda de consulta la paciente expresa su deseo de recuperar el “control sobre su vida” y las “ganas de vivir”. Cuenta con una serie de recursos personales adecuados (habilidades sociales, solución de problemas, disposición para el cambio, nivel cultural medio, superación de crisis previas, creencias religiosas firmes), un apoyo social y estilo de vida que van a contribuir al dominio de su situación actual y al aprendizaje de nuevas estrategias para el futuro.

En la intervención psicológica con esta paciente con Trastorno Adaptativo se ha optado por utilizar una psicoterapia orientada

1989⁽⁶⁾ como programa cognitivo-conductual que adapta la Terapia Cognitiva de Beck a la intervención psicológica de personas con cáncer⁽⁷⁻⁹⁾. Su eficacia ha sido comprobada por sus autores^(10, 11), reflejando mejoría en medidas de ansiedad, depresión y adopción de estrategias positivas de afrontamiento en el grupo atendido frente al control. En este caso además, la paciente presenta un afrontamiento de tipo cognitivo como mecanismo de control⁽¹²⁾ y una alta motivación para aprender a controlar síntomas identificados y problemáticos, motivos por los que sería preferible aplicar este tipo de terapia.

La terapia se estructuró en ocho sesiones de hora y media de duración, de periodicidad semanal, con un seguimiento telefónico mensual los tres primeros meses y una sesión de seguimiento al quinto mes desde el alta. Los resultados obtenidos ponen de manifiesto la eficacia de la intervención psicológica aplicada.

Figura 1. Genograma de la paciente



a la crisis, dado que la paciente ha tenido hasta la aparición del problema un funcionamiento aceptable para ella, pero en esta ocasión los medios que ha empleado para superar anteriores crisis no son aplicables o no han sido efectivos^(4,5). Es en este marco en el que se plantea la intervención psicológica con la paciente.

Por otra parte la terapia se ha basado en esencia en el esquema de la Terapia Psicológica Adyuvante (en adelante TPA), modelo propuesto por Moorey y Greer en

MÉTODO

1. Análisis de los problemas

En el proceso de evaluación se detectaron una serie de conductas problema en los tres sistemas de respuesta, que se describen a continuación.

A nivel **fisiológico** la paciente refiere dificultad para conciliar y mantener el sueño (cada noche, desde hace 7 meses), irritabilidad

y cambios de humor, llanto incontrolado, intenso y frecuente desde hace 5 meses, pérdida de deseo sexual (sin relaciones desde hace 5 meses), tensión muscular y falta de sabor en los alimentos no motivada por circunstancia médica.

Aparecen además **problemas fisiológicos asociados a la quimioterapia** (Taxol), tales como: fatiga, que comienza a incrementarse un día después de la infusión y vuelve a ser manejable al cabo de cuatro días; dolor intenso (referido como “muscular y óseo”) que no cede a medicación (Ketorolaco Trometanol), dos días después de la infusión, durante dos – tres días; parestesias (hormigueo en manos) y entumecimiento (de las manos) desde la primera infusión, sin aumentar ni remitir; náuseas leves y vómitos muy raramente (en las dos primeras infusiones, en dos ocasiones), tratado con antieméticos (Granisetron) y bien manejado con control atencional.

A nivel **motor** se han generalizado conductas de evitación de situaciones sociales. No va a clases de manualidades, no queda con sus amigos, no va a bailar, no va a casa de nadie ni deja que nadie venga a visitarla, ha dejado de hablar por teléfono con sus amistades, procura no cruzarse con conocidos por la calle, no va a pasear a su perra, se sienta en el último banco en misa, elude compromisos familiares. Ha habido, además un gran descenso del nivel de actividad, no sólo ha dejado toda actividad distractora, social, de maestría o placer, sino que tampoco lleva a cabo sus obligaciones en el hogar y ha dejado de asearse. Por último, manifiesta la presencia de agitación desde hace 2 meses.

A nivel **cognitivo** hay que resaltar la indefensión, incontrolabilidad e incertidumbre que genera en la paciente la situación que está viviendo. Los sentimientos de indefensión afloran por lo inesperado de los diagnósticos, lo agresivo de los tratamientos (punciones pleurales por cirugía torácica, quimioterapia, etc.) y la asociación, basada en la experiencia familiar previa de enfermedad, entre el término metástasis y la muerte. Esto genera sentimientos de vulnerabilidad, pensamientos catastrofistas e ideas recurrentes de muerte que

se expresan también a nivel fisiológico y motor. La incertidumbre se genera ante la imposibilidad de predecir los acontecimientos y la falta de información respecto a su pronóstico.

Entre las distorsiones cognitivas identificadas, cabe resaltar la interpretación del pensamiento, el razonamiento emocional, la atención selectiva y la personalización. Tiene además muy interiorizada la idea de que ha de ser competente y saber resolverlo todo si quiere considerarse necesaria y útil. Desde el fallecimiento de su padre tomó esta idea como modo de adaptarse a la nueva y estresante situación de cuidar de sus hermanos y contribuir al mantenimiento del hogar. Tras su matrimonio este pensamiento continuó, ya que el absorbente trabajo de su marido la llenaba de responsabilidades. Más tarde demostró también la presencia de este tipo de pensamientos en la forma de afrontar el diagnóstico y las sucesivas recidivas, visitando incluso a otras pacientes y dando muestras de un tipo de afrontamiento muy activo ante la enfermedad. Tras el diagnóstico de metástasis estas creencias se han visto alteradas y en la actualidad realizar una tarea para otra persona (cocinar, por ejemplo) hace aflorar el pensamiento de estar siendo utilizada.

Partiendo de esta idea aparecen pensamientos de inutilidad cada vez que se muestra incapaz de realizar algo que solía hacer o cuando no logra “disfrutar de la vida” como hace cinco meses. A nivel cognitivo también se encuentra evitación en la dificultad para comunicar sus sentimientos y necesidades.

Cabe destacar asimismo, una pauta de pensamiento catastrofista y de pensamientos recurrentes de muerte, relacionados con su reciente diagnóstico y con el significado atribuido a la palabra metástasis como sinónimo de muerte. También algunas situaciones familiares especiales, como las atenciones que recibe de su hija mediana ante la enfermedad, disparan estos pensamientos.

Por último, la paciente muestra un bajo nivel de autoestima, relacionado principalmente con el gran descenso en su

nivel de actividad, que la priva de toda actividad gratificante (personal, familiar y social) o útil y repercute en su nivel de autoestima a través de la serie de pensamientos distorsionados descritos más arriba. Además dice haber sido una mujer muy coqueta, el llevar peluca y el desánimo para maquillarse contribuyen también a este descenso.

2. Determinantes

Como estímulos **antecedentes externos**, se puede considerar como remotos el fallecimiento del padre y el abandono de los estudios para ocuparse de su familia, los infartos cerebrales y el periodo de alcoholismo subclínico de su marido y las experiencias adversas en la familia con relación al cáncer. Antecedentes recientes serían el ingreso prolongado hasta determinar diagnóstico, la realización de pruebas agresivas como las punciones lumbares, el diagnóstico de metástasis, la ausencia de información respecto a su pronóstico y el inicio del tratamiento de quimioterapia (dolores intensos tras las infusiones, pérdida de cabello, parestesias...).

Como estímulos **antecedentes internos**, aparecen como remotos un periodo con presencia de sintomatología depresiva (nivel subclínico, tratada con Fluoxetina por su médico de cabecera). La paciente explica que los infartos cerebrales de su marido supusieron “un golpe” para ella, ya que se volcó en su cuidado y rehabilitación. Por otra parte, su marido fue jubilado forzosamente, viendo interrumpida su intensa actividad laboral y social asociada al trabajo. El marido continuaba con el consumo habitual de alcohol y tabaco (incrementados, según la paciente) contra consejo médico, a lo que la paciente respondió sintiéndose frustrada, ya que sus cuidados y esfuerzo no encontraban “respuesta” en la conducta de su marido. Las dificultades se sucedieron en espiral, incrementando la percepción de indefensión por parte de la paciente. El tratamiento con Fluoxetina produjo un buen resultado, ya que

se sobrepuso a la crisis, y tanto ella como su marido se adaptaron a la nueva situación. Como antecedentes **recientes** aparece el descubrimiento de una nueva recidiva. Es la primera vez en que se emplea la palabra metástasis y lo asocia al peor pronóstico posible, a la pérdida de control, al acortamiento de esperanza de vida e imposibilidad de tratamiento. Coincide además con otros estresores. El principal, que en el hospital, en espera de resultados, la paciente descubre que su marido ha vuelto a fumar y, dado que el tabaco es un factor de alto riesgo para él, la paciente se siente abrumada e incapaz de cuidar de él en ese momento.

Para analizar los **estímulos consecuentes a corto plazo** es preciso recordar que las situaciones sociales y de realización de ciertas actividades le generan ansiedad, mediadas por la presencia de los tipos de distorsión cognitiva detallados anteriormente. Evitarlas ocasiona una disminución de la ansiedad, parcial y temporalmente, mediante un mecanismo de refuerzo negativo. El desahogo emocional y las verbalizaciones que realiza acerca de pensamientos recurrentes de muerte, de inutilidad, de estar siendo utilizada, atraen la atención de su familia (de su marido y de sus hijas, pero sobre todo de estas últimas) lo que funciona como refuerzo positivo.

Como **estímulos consecuentes a medio y largo plazo** se consideran la incontrolabilidad, indefensión, el estado de ánimo deprimido y el aumento del nivel de ansiedad. En otro plano, surgen nuevos conflictos con su marido y aparece el aislamiento y la evitación de los demás a establecer contacto directo con ella.

3. Evaluación

Se administraron a la paciente tres cuestionarios: La Escala de Ansiedad y Depresión en el Hospital (HAD)⁽¹³⁾, El Cuestionario de Ansiedad-Estado-Rasgo (STAI)⁽¹⁴⁾ y el Inventario de Depresión de Beck (BDI)⁽¹⁵⁾ y una entrevista semiestructurada de elaboración propia.

En la adaptación española del HAD la paciente obtuvo una puntuación de 18 en la escala de ansiedad, y de 12 en la de depresión, que son criterio para la consideración de un caso clínico de ansiedad y depresión respectivamente.

La aplicación del STAI arrojó una puntuación directa en ansiedad –estado de 45, que sitúa a la paciente en el centil 95. La puntuación directa en ansiedad– rasgo fue de 48, colocando a la paciente en el centil 99.

La versión española del Inventario de Depresión de Beck (BDI) sitúa a la paciente por encima del punto de corte para graduar el síndrome depresivo como grave (puntuación de 33).

Los datos obtenidos a través de la entrevista y en los posteriores autorregistros de actividades y de pensamiento confirman el diagnóstico de Trastorno Adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo⁽¹⁾, en base al cual se estructura la terapia.

4. Análisis funcional

Como hipótesis de origen se plantea que el reciente diagnóstico de recidiva por metástasis y el proceso de la enfermedad, la ausencia de información sobre el pronóstico, la historia de fallecimientos por cáncer en la familia y los infartos cerebrales de su marido, han confluído en una situación que la paciente vive con incertidumbre, indefensión y ausencia de control, dando origen al trastorno y expresándose con sintomatología ansiosa y depresiva. Las consecuencias se aprecian en los tres niveles de respuesta: en el motor con conductas de evitación y con el descenso en el nivel de actividad; en el fisiológico, con la confluencia del efecto de los tratamientos, con las reacciones de llanto, insomnio y tensión muscular; y en el cognitivo, influido por su personalidad previa, con la presencia de distorsiones cognitivas y pensamientos negativos. Estos efectos en el triple sistema de respuesta conducen a un aumento de los síntomas depresivos y ansiosos, así como un descenso en los niveles de autoestima. Todo

ello retroalimenta el cuadro de incertidumbre, indefensión e incontrolabilidad. Una versión gráfica del análisis puede verse en la Figura 2.

5. Objetivos de la intervención psicológica

Se establecieron como objetivos generales de la intervención psicológica adquirir un modo de afrontamiento efectivo a su situación, mejorar el estado de ánimo y disminuir la ansiedad; en suma, recuperar los niveles de funcionamiento previos. Los objetivos específicos aparecen relacionados con las técnicas utilizadas en la Tabla 1.

6. Planificación de la intervención psicológica

A continuación se describe el contenido de cada una de las sesiones, con un breve comentario acerca de las actividades concretas realizadas y el desarrollo de las mismas:

SESIÓN 1:

- Evaluación: Entrevista semiestructurada de elaboración propia y aplicación de cuestionarios (BDI, STAI, HAD). Se trató en rigor de una “reevaluación”, pues la paciente era conocida de su periodo de ingreso hospitalario, en el que presentó sintomatología ansiosa pero durante el cual la paciente sólo aceptó apoyo psicológico.
- Planificación actividades: Elaboración de un listado de actividades pasadas, presentes y futuras, con especificación del costo conductual actual y nivel de refuerzo pasado o potencial⁽¹⁶⁾ y plan de actividades semanal. En esta primera semana se programaron muy pocas actividades, algunas de ellas relacionadas con el cuidado personal y cumplimiento de medidas de higiene de sueño.
- Higiene del sueño: Propuesta de tres medidas básicas de control estimular⁽¹⁶⁾: uso de despertador para levantarse a una hora fija cada día, eliminación de periodos de somnolencia diurna, establecimiento de una rutina para acostarse (aseo personal y lectura) a una hora fija.
- Tareas para casa: Realización de las actividades del plan semanal y

cumplimiento de medidas de higiene del sueño. Completar un registro del programa de actividades: nivel de agrado (0-10), estado de ánimo al final del día.

SESIÓN 2:

- Revisión de tareas para casa: Cumplimiento del plan semanal y del registro de actividades. Se extrae de los registros que continúa con un bajo estado de ánimo. Sí presenta una alta adherencia a las medidas de higiene del sueño.
- Planificación actividades: Se añaden actividades al plan semanal, siguiendo los criterios de bajo coste/ alto refuerzo. Entre ellas se comienzan a planificar situaciones de exposición descritas a continuación.
- Exposición a situaciones de evitación social: Se explica a la paciente los fundamentos de la estrategia y se gradúa una lista de actividades en función del nivel de ansiedad que suscitan. Se inicia su inclusión graduada en el plan de actividades. Entre ellas están: pasear, llamar a amistades, ir de compras, sentarse en mesa gradualmente más adelante, asistir a compromisos familiares (cumpleaños), quedar para comer con amigos, volver a clase de manualidades, ir a bailar, etc. Para su implementación se utiliza psicoeducación y roleplaying.
- Reestructuración cognitiva: Se explica el modelo cognitivo de Beck, utilizando ejemplos.
- Psicofármacos: Controlada por su Médico de Cabecera y su Oncólogo, la paciente inicia el tratamiento psicofarmacológico. Se prescribe un antidepresivo (Fluoxetina 20 mg, 1-0-0) y un ansiolítico (Lorazepam 5 mg, 0-0-1).
- Tareas para casa: Realización de las actividades del plan semanal y cumplimentación de un autorregistro de pensamiento: situación, emoción, pensamiento y conducta.

SESIÓN 3:

- Revisión de tareas para casa: Buen cumplimiento del plan semanal de

actividades. La paciente ha comenzado a incluir actividades que no estaban programadas y el estado de ánimo registrado al final del día es algo más elevado. Presenta dificultades con el autorregistro de pensamiento.

- Planificación de actividades: Se añaden actividades al plan semanal y se alienta a que las incluya por iniciativa propia en el plan. La paciente identifica las características diferenciales de los días en los que el estado de ánimo al final del día es superior. Se incrementan las situaciones de exposición a conductas de evitación social dentro de la planificación.
- Exposición a situaciones de evitación social: Continúa su inclusión graduada en el plan de actividades semanal. Psicoeducación: se insiste en la necesidad de permanecer en la situación (exposición) hasta la reducción en el nivel de ansiedad. Role-playing.
- Reestructuración cognitiva: Tras las dificultades en la elaboración del autorregistro de pensamiento, nueva explicación del propósito y mecanismo de la tarea. Continúa la explicación del modelo cognitivo y se elaboran en la sesión ejemplos de pensamientos negativos automáticos⁽¹⁶⁾ para facilitar su identificación.
- Relajación pasiva⁽¹⁷⁻¹⁹⁾: Se escoge una técnica de relajación pasiva (o evocada) por la presencia de dolor relacionado con el movimiento (por las secuelas de la cirugía torácica), de dolor muscular y óseo asociado a la quimioterapia y parestesias. Se lleva a la práctica el guión de la técnica, de elaboración propia, en la sesión.
- Tareas para casa: Realización de las actividades del plan semanal, práctica de la relajación (se entrega una copia escrita del guión practicado en la sesión) y cumplimentación de un autorregistro de pensamiento con inclusión de identificación de pensamientos negativos automáticos.

SESIÓN 4:

- Revisión de tareas para casa: Buen cumplimiento del plan semanal de actividades. La paciente ha continuado incluyendo actividades que no estaban programadas e incluso actividades que continuaban en la lista inicial pero que habían sido evaluadas como de alto coste conductual. El estado de ánimo registrado al final del día es significativamente más elevado. Práctica de la relajación con muy buenos resultados referidos. Adecuada realización del autorregistro de pensamiento.
- Planificación actividades: Por iniciativa propia la paciente realiza sola el plan para la siguiente semana, dejando abundantes espacios en blanco “para lo que pueda surgir”. En la sesión se incluyen las actividades relacionadas con la exposición a conductas de evitación social.
- Exposición a situaciones de evitación social: Continúa su inclusión graduada en el plan de actividades semanal. Se procura que sea la paciente quien seleccione las situaciones de la lista elaborada inicialmente, así como el momento para su exposición.
- Reestructuración cognitiva: Continúa la explicación del modelo cognitivo y se inicia el entrenamiento en discusión, proceso de cuestionar la validez de los pensamientos negativos automáticos (retarlos).
- Relajación pasiva: Se repite el guión ya empleado, observando mayores niveles de relajación que en la sesión precedente.
- Tareas para casa: Realización de las actividades del plan semanal; se advierte a la paciente que será la última semana con planificación de actividades. Práctica de la relajación. Completar un autorregistro de pensamiento con inclusión de dos columnas para la discusión (preguntas y respuestas). Entregado material con estrategias de discusión cognitiva (adaptado de Pastor y Sevillá ⁽¹⁶⁾).

SESIÓN 5:

- Revisión de tareas para casa: Buen cumplimiento del plan semanal de actividades. Práctica de la relajación con muy buenos resultados, generalización a otras situaciones, no sólo orientado a ayudar a conciliar el sueño o el dolor, sino también la irritabilidad y la ansiedad. Adecuada realización del autorregistro de discusión.
- Exposición a situaciones de evitación social: continúa su graduación y la paciente adquiere el compromiso de exponerse a las situaciones acordadas en la sesión. Psicoeducación y Role-playing.
- Reestructuración cognitiva: Continúa la explicación del modelo cognitivo y se introduce la generación de cogniciones alternativas⁽¹⁹⁾, buscando una nueva interpretación a lo sucedido en términos concretos y flexibles con ejemplos. Se advierte a la paciente que esta será la última semana de entrenamiento en reestructuración cognitiva.
- Entrenamiento en comunicación asertiva: Se inicia la psicoeducación de las bases y justificación de la técnica, así como su aplicación utilizando ejemplos.
- Relajación pasiva + visualización: A la técnica de relajación ya entrenada se añade la visualización semi-guiada de escenas relajantes que la propia paciente va diseñando.
- Tareas para casa: Exposición a situaciones de evitación social, práctica de la relajación pasiva y la visualización, autorregistro de pensamiento con inclusión de la columna para alternativas cognitivas.
- Exposición a situaciones de evitación social: Continúa su graduación. La paciente continúa la exposición a las situaciones acordadas en la sesión. Psicoeducación y Role-playing.
- Entrenamiento en comunicación asertiva: Empleo del Role-playing para entrenar en asertividad, basado en situaciones de su vida cotidiana.
- Estrategias de afrontamiento: Se instruye a la paciente en la identificación de las diferentes estrategias de afrontamiento que utiliza, y en su clasificación como estrategias de evitación o de afrontamiento activo, ya sea cognitivo o conductual. Esta intervención está basada en la Sección B de la Intervención Psicoeducacional Estructurada para pacientes con cáncer de Fawzy y Fawzy⁽²⁰⁾.
- Relajación pasiva + visualización: Se realiza la técnica de relajación ya entrenada y la visualización semi-guiada de escenas relajantes.
- Tareas para casa: Exposición a situaciones de evitación social, práctica de la relajación pasiva y la visualización, autorregistro de estrategias de afrontamiento y clasificación en tipo evitativa o activa (cognitiva o conductual).

SESIÓN 6:

- Revisión de tareas para casa: Continúa la exposición, refiriendo una disminución del nivel de ansiedad. Ha comenzado a utilizar la visualización sin la pauta de relajación previa con buenos resultados. Adecuada realización del autorregistro, explica que en ocasiones la alternativa cognitiva surge de forma espontánea.

SESIÓN 7:

- Revisión de tareas para casa: Continúa la exposición y refiere una disminución del nivel de ansiedad. Dada la generalización de la práctica de la relajación, finaliza su práctica en las sesiones. Adecuada realización del autorregistro de estrategias de afrontamiento.
- Exposición a situaciones de evitación social: Apesar de que persiste activación de tipo ansiosa en la exposición ante situaciones de evitación social, se decide que esta será la última semana en que se planifique, dejando bajo el control de la paciente su continuidad. Buena aceptación.
- Entrenamiento en comunicación asertiva: Uso del Role-playing basado en situaciones de su vida cotidiana para entrenar

la técnica. Persiste dificultad en la expresión de emociones.

- Estrategias de afrontamiento: Uso del autorregistro llevado a cabo por la paciente para entrenar la generación de alternativas de afrontamiento activas (cognitivas o conductuales), en aquellas situaciones en las que existe acuerdo en su clasificación de su estrategia como evitativa.
- Prevención de recaídas: Se inicia la discusión y repaso de estrategias a utilizar ante el posible retorno de problemas emocionales y se comunica a la paciente que la próxima sesión será la última. Se estimula a la paciente a hacer planes para el futuro.
- Tareas para casa: Exposición a situaciones de evitación social, autorregistro de identificación, clasificación y generación de alternativas de estrategias de afrontamiento. Aplicación de las técnicas de comunicación asertiva entrenadas a su medio social.

SESIÓN 8:

- Revisión de tareas para casa: Cumplimiento de la exposición a situaciones evitación social, adecuada realización del autorregistro acordado.
- Aplicación de cuestionarios: Los mismos administrados en la primera sesión: BDI, STAI y HAD.
- Estrategias de afrontamiento: Se finaliza la psicoeducación y práctica en sesiones de estas estrategias, promoviendo el uso de más técnicas de afrontamiento activas, cognitivas y conductuales, en la vida cotidiana y como de hacer frente a las situaciones generadoras de estrés que se presenten.
- Relajación pasiva + visualización: Apetición de la paciente se repite la pauta de relajación pasiva entrenada y la visualización escogida por la paciente.
- Implicación de la familia: Se reúne a la paciente, el marido y la hija con la que mantiene una relación más significativa y se lleva a cabo un resumen de los

planteamientos de la terapia y de los logros obtenidos, así como qué se puede esperar ahora que la intervención ha finalizado.

- Prevención de recaídas: Concluye la discusión y repaso de estrategias a utilizar ante el posible retorno de problemas emocionales, y se estimula a la paciente a hacer planes concretos para el futuro, con metas y medios prácticos para alcanzarlas.

RESULTADOS

A nivel cuantitativo, la paciente completó nuevamente los tres cuestionarios de la evaluación durante la última sesión, obteniendo los siguientes resultados:

En el HAD obtuvo una puntuación 6 en la escala de ansiedad, y una puntuación 2 en la de depresión. Estos resultados en esta escala sitúan a la paciente dentro de los límites normales para sintomatología ansiosa o depresiva.

El STAI arrojó una puntuación directa en ansiedad – estado de 22, que sitúa a la paciente en el centil 53. La puntuación directa en ansiedad – rasgo fue de 25, colocando a la paciente en el centil 53.

El BDI sitúa a la paciente en el punto de corte para graduar el síndrome depresivo como ligero (puntuación 18). Es necesario tener en cuenta que los datos del BDI en pacientes oncológicos aparecen “inflados”, y en este caso se están computando ítems relacionados con síntomas físicos como cansancio –ítem 17-, o referidos a preocupación por la salud – ítem 20-.

De un modo más cualitativo se observan cambios en el triple sistema de respuesta. **Anivel fisiológico**, hay una mejoría subjetiva y clínicamente observable de su nivel de ansiedad, así como de la irritabilidad y de sus manifestaciones. El llanto es ahora ocasional, controlado, con motivo identificado, e incluso con elección de un espacio y un tiempo específicos para llorar (prevención de respuesta). Hay una reducción significativa de la tensión muscular y manejo de los eventuales incrementos, así como un mejor manejo del dolor asociado a la quimioterapia. Ha

recuperado el sabor en los alimentos, sin que se haya producido ningún cambio tras la administración de quimioterapia. Se reduce (autoinforme) la latencia del sueño y actualmente los despertares nocturnos son ocasionales, aunque en lo referente al sueño hay confluencia farmacológica. La recuperación del deseo sexual está siendo gradual, ya que la situación al término de la terapia estaba muy influida por su circunstancia médica.

Anivel motor hay una mejora significativa en las conductas de evitación social, aunque persiste un nivel de ansiedad que la paciente se siente capaz de manejar y que atribuye a llevar peluca y la posible lástima que esto pueda despertar. Hay sin embargo una menor mejoría (no significativa), en la transmisión de sentimientos. La agitación ha desaparecido totalmente.

A **nivel cognitivo** hay una mejoría considerable en la presencia de pensamientos de inutilidad y de estar siendo utilizada, y aunque en el caso del pensamiento catastrofista la mejoría es más moderada, ha habido un descenso hasta niveles más manejables y adaptativos. Respecto a la idea de competencia y utilidad está sufriendo una flexibilización gradual, aunque hay que tener en cuenta que por motivos de aprendizaje es muy difícil de modificar. Algo similar sucede con el razonamiento emocional, si bien se reconoce una clara mejoría en la presencia de interpretación del pensamiento, atención selectiva y personalización. El entrenamiento en comunicación asertiva ha facilitado la mejora en la capacidad de comunicar necesidades: transmitir peticiones y solicitar ayuda o apoyo. Por último es importante señalar que al término de la terapia ya considera la palabra metástasis como fase tratable de la enfermedad.

Se llevó a cabo el seguimiento de forma telefónica los tres primeros meses, mediante una llamada mensual en la que se preguntaba por dificultades concretas y se recordaba a la paciente qué estrategia de las entrenadas podía resultarle útil en cada situación. La paciente informó de dificultades durante el primer mes,

pero se produjo una mejoría gradual, valorando como muy positivo el efecto del contacto terapéutico.

Al quinto mes se llevó a cabo una sesión de seguimiento que puso de manifiesto el mantenimiento de los resultados. Su madre había sido diagnosticada de una demencia y, si bien la paciente había visto limitado su nivel de actividad, expresaba su satisfacción con el disfrute de las que sí podía llevar a cabo, y el retorno de la sensación de utilidad y de sentido en su vida. Informó asimismo de una mejoría en la relación con su marido, y de haber recuperado la percepción de control sobre su vida.

DISCUSIÓN

A la vista de los resultados, la intervención psicológica breve de orientación cognitivo - conductual que se ha planteado, ha resultado eficaz en el caso de esta paciente con trastorno adaptativo mixto.

Se ha llevado a cabo una intervención basada en una psicoterapia de comprobada eficacia, la TPA, aunque combinando sus elementos en función de las necesidades de la paciente. En concreto la TPA tiene como características ser estructurada, breve (6-12 sesiones), estar focalizada en el problema y ser participativa. Hace uso de las tareas para casa y emplea una variedad de técnicas de tratamiento, entre las que se encuentran las empleadas en el caso que es objeto de estudio: técnicas conductuales, como la relajación, las tareas graduadas y la planificación de actividades; técnicas cognitivas como el registro de pensamientos automáticos, estrategias cognitivas de afrontamiento y reestructuración cognitiva; así como métodos no directivos como la ventilación de sentimientos⁽⁷⁾ que se empleó a lo largo de toda la terapia. Se procuró además, que la intervención se estructurara de acuerdo al esquema en tres fases planteado por la TPA. Con la elección y aplicación de un programa de amplio uso como intervención psicológica para mejorar la adaptación y prevenir e

intervenir sobre trastornos psicopatológicos, no sólo se mejoró efectivamente la adaptación de la paciente a su situación y se intervino con éxito sobre la psicopatología, sino que se previno la cronificación del trastorno.

Asimismo, se considera idóneo el marco de la intervención en crisis para contribuir a la eficacia de la intervención psicológica en este tipo de caso, en los que la persona presenta un funcionamiento anterior aceptable para ella, ha sido capaz de enfrentar situaciones difíciles previas, y en la ruptura de ese equilibrio son esencialmente acontecimientos presentes los que van a influir en la resolución de la crisis.

Igualmente importante ha sido la adaptación de la intervención no sólo a los objetivos conjuntos de paciente y terapeuta, sino más concretamente, a las características personales de afrontamiento de la persona atendida. La adecuación de la intervención a su modo de funcionamiento, a la manera de afrontar con éxito los problemas, y a la forma de expresarse el síntoma. Por este motivo y por los expuestos más arriba (existencia de un programa de intervención psicológica breve de amplio uso, recuperación de niveles de funcionamiento previos como objetivo terapéutico) se ha optado por plantear la intervención desde un enfoque cognitivo – conductual, acorde con el planteamiento del problema por la paciente, y por ser de preferencia del terapeuta.

Si bien el tratamiento se centró en restablecer a la paciente su nivel de funcionamiento previo y en favorecer el aprendizaje de estrategias que pudieran servir para afrontar posibles crisis futuras, en coherencia con el sistema de valores y la cultura de la paciente, es necesario reconocer aquí la presencia de otros objetivos potenciales de la terapia que habrían precisado de un tratamiento más prolongado, posiblemente basado en otras orientaciones terapéuticas. Sin embargo, si bien se planteó a la paciente la posibilidad de abordar alguno de ellos en profundidad, prefirió limitarse a la mejora de la sintomatología ansiosa y depresiva, al dominio de la situación actual y al restablecimiento de niveles de funcionamiento

previos, aunque se proporcionó a la paciente el aprendizaje de estrategias para afrontar posibles crisis futuras.

En el buen desarrollo de la intervención hay que mencionar la importancia del alto grado de motivación, implicación y participación de la paciente en la terapia. Desde el momento en que demanda ayuda quedó clara su motivación para lograr los objetivos acordados, lo que puede observarse en la evolución sesión a sesión. También el sólido apoyo familiar y social contribuyó al progreso en la terapia. Alguno de los miembros de su familia estuvo presente al menos en parte de las sesiones. Se mantuvo el contacto especialmente con el marido durante toda la terapia, proporcionando pautas para colaborar en su evolución y se procuró hacer partícipes a los familiares de los logros obtenidos. La paciente acudió a consulta acompañada en todas las sesiones y cada uno de los miembros de la familia colaboró intensamente en el programa de actividades, ayudando en el cumplimiento de las tareas para casa. Su marido se mostró especialmente comprensivo durante todo el proceso y sus hijas demostraron su apoyo en todo momento. Asimismo, su red social mantuvo el contacto incluso cuando la paciente eludía el contacto social de tipo telefónico, dejando recados e informándose a través de la familia.

A la vista de los resultados obtenidos se señala la eficacia de este tipo de terapia (cognitivo - conductual, breve y orientada a la crisis) en esta paciente, gracias a la adecuación de los objetivos y a la adaptación de la intervención a su estilo de afrontamiento y de funcionamiento cognitivo, así como a otras características personales de la paciente y a su apoyo familiar y social.

En conclusión, se sugiere que la adecuación de la intervención al modo de funcionamiento del paciente, la selección de objetivos a cumplir por la terapia, el grado de motivación del paciente y el apoyo familiar y social, son factores importantes a tomar en consideración al diseñar intervenciones psicológicas breves en Psicooncología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association (APA). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). Barcelona: Masson; 1995.
2. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting D, Penman S, Piasetsky Am, Schmale M, et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983; 249: 751-7. 3. Ledeborg MS, Holland JM. Psicooncología. En: Kaplan HI, Sadock BJ, editores. Tratado de psiquiatría, Vol. 3. 6ª edición. Buenos Aires: Interamericana; 1997. p. 1494-517.
4. Fernández A, Rodríguez B. Intervención en crisis. Madrid: Editorial Síntesis; 2002.
5. Habber S, editor. Cáncer de mama: manual de tratamiento psicológico. Barcelona: Paidós; 2000.
6. Moorey S, Greer S. Psychological Therapy for patients with cancer. A new approach. Londres: Heinemann Medical Book; 1989.
7. Cruzado JA, Olivares ME. Intervención psicológica en pacientes de cáncer. En: Buceta JM, Bueno AM, Bas B, editores. Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades. Madrid: Pirámide, 2000. p. 341-402.
8. Romero R, Ibáñez E, Monsalve V. La Terapia Psicológica Adyuvante en Enfermas con Cáncer de Mama: un Estudio Preliminar. En: Gil F, editor. Manual de Psico-Oncología. Madrid: Nova Sidonia Oncología; 2000. p. 15-37.
9. Barraclough J. Cancer and emotion. A practical Guide to Psycho-oncology. 2nd edition. Chichester: John Wiley & Sons Ltd; 1994.
10. Greer S, Moorey S, Baruch JD, Watson M, Robertson BM, Mason A, et al. Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: a prospective randomised trial. *Br Med J* 1992; 304: 675-80.
11. Moorey S, Greer S, Baruch JD, Watson M, Robertson BM, Mason A, et al. Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: outcome at one year. *Psychooncology*, 1994; 3: 39-46.
12. Fernández A, Rodríguez B. La práctica de la Psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2001.
13. Caro I, Ibáñez E. La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión: su utilidad práctica en psicología de la salud. *Bol Psicol* 1992; 36: 43-69.
14. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) Madrid: TEA; 1997.
15. Vázquez C, Sanz J. Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978. *Clin Salud* 1997; 8: 403-422.
16. Sevilla J, Pastor C. Tratamiento Psicológico de la Depresión. 3ª edición. Valencia: Publicaciones del Centro de Terapia de Conducta; 2001.
17. Vázquez I. Técnicas de Relajación y Respiración. Madrid: Editorial Síntesis; 2001.
18. Caballo VE, editor. Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. 3ª edición. Madrid: Siglo XXI de España Editores; 1995.
19. Olivares J, Méndez FX. Técnicas de Modificación de Conducta. 2ª edición. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva; 1998.
20. Fawzy FI, Fawzy NW. A Structured Psychoeducational Intervention for Cancer Patients. *Gen Hosp Psychiat*, 1994; 16: 149-92.

Figura 2. Análisis funcional

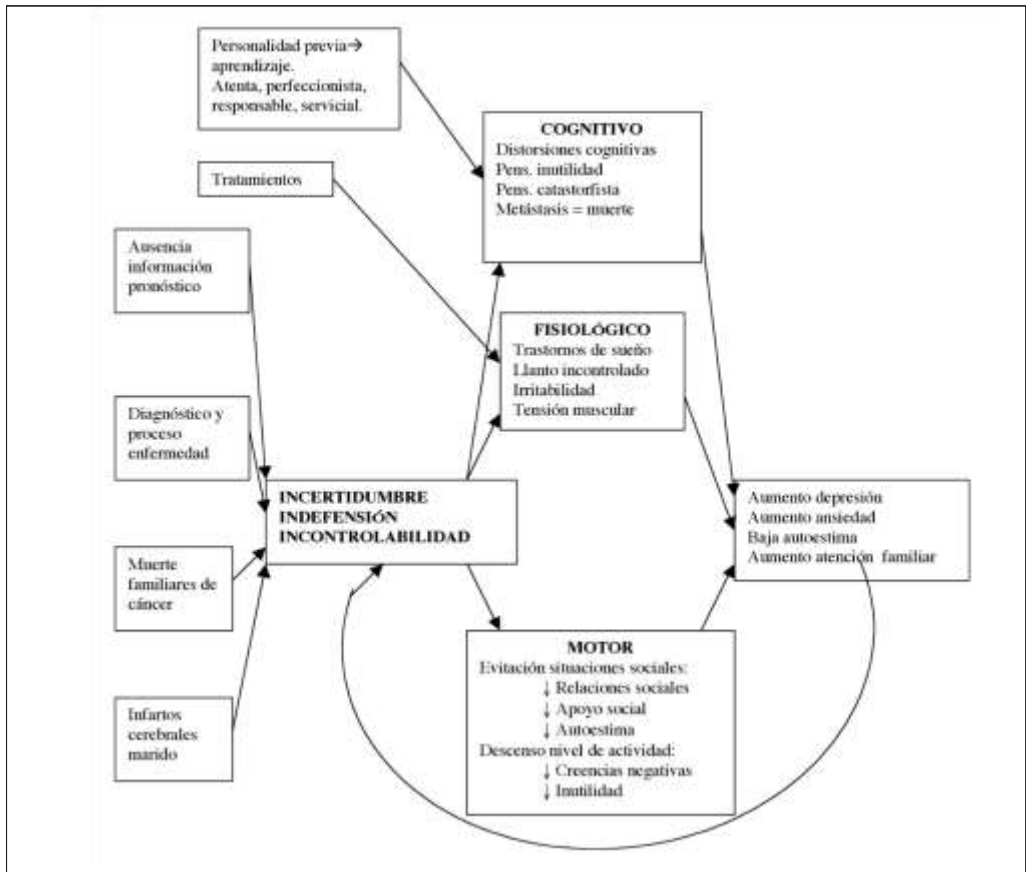


Tabla 1. Objetivos específicos

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	TÉCNICAS PROPUESTAS
Aumentar el nivel de actividad Recuperar actividades de autocuidado/higiene	Planificación de actividades
Mejorar la calidad del sueño	Higiene del sueño
Reducción ansiedad Control de síntomas asociados a la quimioterapia	Técnicas de relajación
Mejorar conductas de evitación social	Exposición a situaciones de evitación social
Mejorar las relaciones de pareja / sociales	Entrenamiento en comunicación asertiva
Adquirir habilidades de afrontamiento efectivas	Adiestramiento en el uso de estrategias de afrontamiento activas
Reconceptualizar distorsiones cognitivas e ideas irracionales	Reestructuración cognitiva

