

TRATAMIENTO DE UN TRASTORNO ADAPTATIVO MIXTO DEBIDO A CÁNCER DE MAMA

María Victoria Cerezo Guzmán

Facultad de Psicología, Universidad de Málaga

Resumen

La paciente de 31 años, es soltera, sin hijos, española, diplomada universitaria, trabaja de administrativa, de nivel sociocultural medio, y vive independiente actualmente. Acude a consulta recién diagnosticada de cáncer de mama. Su tratamiento oncológico consiste en la extirpación de la mama y ganglios axilares, quimioterapia y hormonoterapia. Presenta un estado de shock considerable tras la noticia. La paciente se muestra muy ansiosa, depresiva, abúlica; presenta insomnio, sudoración, nudo en la garganta y estómago, irritabilidad, vulnerabilidad, llora con facilidad, falta de apetito, etc. Demanda información acerca de la enfermedad y supervivencia, así como soluciones a la degradación física. Sin antecedentes familiares de cáncer ni ninguna otra enfermedad considerada crónica. Refiere haber vivido una infancia muy dura soportando las agresiones verbales de sus padres. Reconoce que ha pensado en suicidarse alguna vez cuando era joven y actualmente le parece muy difícil superar el cáncer de mama. Su angustia es tal que no le es posible casi expresarse verbalmente. Se considera incapaz de afrontar la quimioterapia, perder la fertilidad y el pecho. Ve frustrados sus proyectos vitales y siente gran desesperanza. Como metas del tratamiento se plantean: la adherencia al tratamiento oncológico, la aceptación de su situación oncológica y aspecto físico, mejorar su autoestima y estado de ánimo, aumentar las actividades gratificantes. Los objetivos terapéuticos propuestos son: trabajar creencias irracionales sobre los tratamientos oncológicos, sobre sí misma y el afrontamiento activo de la enfermedad, elevar su estado de ánimo, autoestima y reducir su ansiedad. Los tratamientos psicológicos empleados han sido cognitivo conductuales, mindfulness e inteligencia emocional. Los resultados obtenidos tras nueve meses, han sido los deseados en cada una de las metas terapéuticas. Se realizaron tres sesiones de seguimiento (3, 6, 9 meses), manteniendo los resultados.

Palabras clave: trastorno adaptativo, afrontamiento, cáncer de mama

Abstract

The patient of 31 years old, Spanish, single, with no children, graduated with a university diploma. She works as administrative, medium living standards, and nowadays living on her own. She attends to medical advice just after being diagnosed breast cancer. Her oncology treatment consists on the removal of the breast and axillary lymph nodes, chemotherapy and hormone. She presents a considerably shock after the diagnosis. The patient shows anxiety, depressive, apathetic, suffering from insomnia, sweating, feeling highly nervous, irritable, vulnerable, easy crying, lack of appetite, etc. She demands information about the illness and its survival, as well as solutions to the physics devaluation. She has neither cancer family background nor any other chronic considered illness. She refers her childhood as really tough as she had to put up with the verbal aggressions of her parents. She recognizes occasionally considering suicide when she was young and currently believes that overcoming her breast cancer will be really difficult. That is her anxiety that she barely can verbally express. She considers herself unable to face the chemotherapy, losing her fertility and breast. Her life projects are frustrated for her, she is hopeless. As treatment aims to consider: the attachment to the oncological cancer treatment, accepting her oncological situation, physical aspect, improving her self-esteem and mood, increasing gratifying activities. The therapeutically aims proposed are: working on irrational believes about oncological treatments, about herself and the active illness facing, improve her mood, self-esteem and reduce her anxiety. The physiological treatments applied have been cognitive behavioral based, mindfulness and emotional intelligence. After nine months, the obtained results have been the desired in each therapeutical aim. There were three follow-up sessions (3, 6, 9 months), maintaining results.

Key words: adjustment disorder, facing, breast cancer.

Identificación del paciente

Mujer de 31 años, de nacionalidad española, soltera y sin hijos. Es diplomada universitaria y trabaja de administrativa. Su nivel sociocultural es medio. En cuanto a aspectos familiares, es la segunda de dos hermanas y vive independiente de su familia actualmente. Acude a consulta porque ha sido intervenida de cáncer de mama hace 10 días. Precisamente llega a la consulta psicológica justo después de haber salido de su cita médica en la que le han comunicado los tratamientos que se le iban a administrar.

Análisis del motivo de la consulta

La paciente acude a consulta demandando información acerca de la enfermedad y supervivencia, así como soluciones a la degradación física que ya atisba. Se muestra muy ansiosa, irritable, vulnerable, llora con facilidad, parece depresiva y abúlica. En la entrevista también se queja de presentar insomnio, sudoración, frecuentes nudos en la garganta y estómago, falta de apetito, etc., síntomas relacionados con la ansiedad que presenta debido al diagnóstico de cáncer de mama. Su angustia es tal que le impide expresarse verbalmente con fluidez y normalidad, ya que es más frecuente el llanto que el discurso hablado.

Sobre cáncer de mama no tiene mucha información, no tiene antecedentes ni personas allegadas que hayan padecido previamente la enfermedad, así que no se había preocupado por saber sobre la misma. Esto unido a que los médicos no le han podido dedicar todo el tiempo que ella hubiera deseado en aclararle sus dudas.

Historia del problema

La paciente considera que su problema aparece cuando tras encontrarse el bulto en el pecho y tras un mes preocupándose en exceso sin acudir al especialista, hace por concertar la cita ginecológica. El ginecólogo que la explora es quien levanta las primeras sospechas de malignidad, aunque sin crearle expectativas negativas por no ser frecuente a su edad. Este profesional le pide diferentes pruebas radiográficas y biopsia de la tumoración para definir el diagnóstico. Al salir de dicha consulta, comienza a sentir fuertes taquicardias y sudoración excesiva, se instaura el insomnio que estaba siendo cada vez más frecuente. En las sucesivas pruebas, la paciente se va encontrando cada vez más ansiosa y vulnerable, irritable, sin apetito ni motivación por su vida diaria. Unas semanas después, en la consulta médica, el especialista le detalla su diagnóstico: cáncer de mama; y procede a definir su tratamiento. A la consulta y demás pruebas acudió sola, lo que le supuso un gran desasosiego. Su tratamiento oncológico consiste en: extirpación de la mama y vaciamiento de los ganglios axilares del brazo homolateral, que ya se le ha realizado; quimioterapia (8 ciclos), radioterapia (30 sesiones) y hormonoterapia (tamoxifeno durante cinco años) con retirada de la regla (bloqueo hormonal durante mínimo dos años). Presenta un gran estado de shock considerable tras la noticia, tanto del diagnóstico como de los tratamientos que le han de administrar. Su situación física es favorable a la aplicación de todos los tratamientos quimioterápicos posibles e indicados en su caso clínico, al no presentar ninguna otra enfermedad que pudiera interferir con dichos tratamientos ni padecer alguna de enfermedad considerada crónica. Además por su edad, es lo más indicado, según nos comenta por su oncólogo.

Actualmente, tras el diagnóstico y la reciente intervención quirúrgica, no se siente capaz de superar el cáncer de mama. Se considera incapaz de verse el pecho, acontecimiento que aún no ha realizado. Tampoco se ve capaz de afrontar la quimioterapia, y sus consecuencias negativas: pérdida del cabello, vómitos, náuseas, disminución de la libido y otros trastornos derivados de los tratamientos como perder la fertilidad. Ve frustrados sus proyectos vitales y siente gran desesperanza. Cree que tiene una edad en la que la maternidad era uno de sus proyectos a medio plazo y con el diagnóstico de la enfermedad es muy probable que ya no pueda materializarse. Dice sentirse destruida en todos los sentidos, por creencias como que “si no ha sido capaz de encontrar pareja antes de la enfermedad, cómo la iba a encontrar ahora sin pecho y sin posibilidades de ser mujer ni madre”.

En el aspecto familiar, la paciente revela que ha vivido una infancia muy dura soportando diariamente las agresiones verbales de sus padres que, cuando ella era adolescente, acabaron separándose. Su madre se aliaba con ella y su padre con su hermana, lo que también derivó en una falta de confianza y hostilidad con estos últimos. Confiesa que pensó en suicidarse alguna vez cuando era joven, no siendo capaz de llevarlo a cabo. Dice que nunca ha sentido apoyo familiar por parte de su padre y hermana en general; ahora, recién diagnosticada, tampoco lo está sintiendo a pesar de que su hermana es profesional sanitario y trabaja en un centro hospitalario.

Análisis y descripción de las conductas problema

En la paciente se observan una serie de carencias afectivas desde la infancia que le han causado una baja autoestima permanente, acentuada en momentos clave de su historia personal. Junto estas carencias y baja autoestima, debidas al ambiente familiar hostil y agresivo, también se ha generado baja tolerancia a la frustración. Al ser diagnosticada de cáncer de mama, la paciente ve frustrados sus principales proyectos de vida, como la maternidad o la independencia de su familia, lo que le hace aumentar su frustración, ocasionándole de nuevo baja autoestima y fuertes emociones negativas como la desesperanza, el desasosiego, la tristeza o la impotencia.

Se podría decir que la reacción desproporcionada de ansiedad y síntomas depresivos que muestra la paciente encajan con la definición de un trastorno adaptativo mixto por enfermedad de cáncer de mama, según el DSM-5: la aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta de un estresante identificable tiene lugar en los 3 meses siguientes a la presencia del estresante; estos síntomas o comportamientos se expresan con malestar mayor de lo esperable en la respuesta al estresante, y genera un deterioro

significativo de la actividad social o laboral; la alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente; los síntomas no responden a una reacción de duelo, y una vez cesado el estresante los síntomas no perduran más de seis meses. Los trastornos adaptativos son una respuesta desajustada ante una situación identificable de estrés, ya sea a nivel emocional o comportamental. Este tipo de trastornos se presentan con más frecuencia en personas que son vulnerables biológica o psicológicamente, apareciendo también en personas sin ningún factor predisponente cuando el suceso resulta muy traumático (Checa y Regueiro, 2013).

Establecimiento de las metas del tratamiento

Las metas clínicamente relevantes que se han planteado para este caso son las siguientes: 1) adherencia al tratamiento oncológico, ya que la paciente muestra gran desinterés por seguir con los tratamientos y la adherencia a los mismos es baja; 2) aceptación de su situación oncológica, con todo lo que conlleva a efectos físicos, psicológicos, sociales, laborales, etc.; 3) aceptación y cuidado de su aspecto físico, especialmente por la quimioterapia y por la mastectomía; 4) mejorar su autoestima, estabilizándola en niveles más adecuados; 5) mejorar su estado de ánimo, y 6) aumentar las actividades gratificantes en su vida diaria.

Estudio de los objetivos terapéuticos

Los objetivos terapéuticos planteados fueron: 1) trabajar creencias irracionales, especialmente las que tienen que ver consigo misma y su familia, con su futuro y las expectativas irracionales negativas sobre los tratamientos oncológicos; 2) promover el afrontamiento activo de la enfermedad, generando estrategias más efectivas; 3) elevar su estado de ánimo; 4) mejorar su autoestima, y 5) reducir la ansiedad.

Selección de los tratamientos más adecuados

Se propuso trabajar desde el enfoque de la *terapia cognitivo conductual* para el cambio de actitud ante la enfermedad y activación conductual hacia actividades agradables, del mismo modo se utilizó para la modificación de esquemas irracionales sobre sí misma y el futuro (Font y Cardoso, 2009; Font y Rodríguez, 2007; García-Viniegras y González, 2007; López, 2003; So et al, 2010). Por otro lado, se trabajó siguiendo el enfoque de la *terapia de aceptación y compromiso* para la aceptación de su proceso oncológico, secuelas y tratamientos (Hayes, Strosahl y Wilson, 2011). Para el fortalecimiento de la autoestima y del estado de ánimo se plantearon estrategias basadas en la *psicología positiva* (Seligman, 2002, 2008; Vázquez, Hervás, Rahona y Gómez, 2009; Vázquez, Hervás y Ho, 2006) y cognitivo-conductuales

(Sebastián, Manos, Bueno y Mateos, 2008). Por último, también se ayudó a la paciente a mejorar su inteligencia emocional (Cerezo, 2013; Prasertsri, Holden, Keefe y Wilkie, 2011; Vázquez, y Castilla, 2007; Vera, 2008; Zaccagnini, 2004).

Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y análisis de los resultados obtenidos en esta fase

Se realizó una evaluación sobre los conocimientos y creencias sobre la enfermedad (tratamientos, secuelas, etc.) que presentaba la paciente, especialmente incidiendo en los que eran inadecuados o incompletos. Se valoró mediante entrevista las estrategias de afrontamiento utilizadas en las situaciones de crisis, así como también se llevó a cabo una valoración sobre los recursos propios utilizados para reducir el estrés y la ansiedad, deduciendo que presenta niveles de ansiedad y síntomas depresivos elevados. También se exploró su motivación, observando que la paciente se mostraba abúlica y sin poder disfrutar de lo que hace. Los cuestionarios administrados a la paciente fueron:

1) Cuestionario de autoestima de Rosemberg (1965), versión en castellano ofrecida por Echeburúa (1995), con 10 ítems de respuesta de 1 a 4, siendo 1 “muy en desacuerdo” y 4 “muy de acuerdo”, con ítems inversos. Los rangos para determinar la autoestima son: de 30 a 40 puntos, autoestima elevada o normal; de 26 a 29, no presenta problemas graves, pero debe mejorarla; y menos de 25, autoestima baja con problemas significativos. Su alfa de Cronbach es de 0,89. La paciente obtuvo resultados de autoestima baja.

2) Evaluación de inteligencia emocional con TMMS-24 (Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004): 24 ítems que se puntúan en una escala Likert de 5 puntos, siendo 1 “nada de acuerdo” y 5 “totalmente de acuerdo”. Contiene tres dimensiones claves de la inteligencia emocional: Atención emocional, Claridad de sentimientos y Reparación emocional. El baremo para mujeres asume que, en atención emocional, obtener menos de 24 puntos indica poca atención, de 25 a 35 una atención adecuada y más de 36, excesiva atención. Respecto a claridad de sentimientos y reparación emocional, menos de 23 puntos indica poca claridad y baja reparación, de 24 a 34 es adecuada para ambas y más de 35 es excelente. La fiabilidad para cada componente es: Atención (alfa = 0,90); Claridad (alfa = 0,90) y Reparación (alfa = 0,86). La paciente obtuvo puntuaciones que denotaban alta atención, media claridad, baja reparación emocional.

Aplicación de los tratamientos

El tratamiento fue aplicado durante 9 meses, con periodos más espaciados por motivos de salud de la paciente durante la quimioterapia. Se planteó de la siguiente forma:

- Primer tercio del tratamiento: Información personalizada y counselling: se prestó suficiente psicoeducación oncológica y promoción del cambio de actitud ante la enfermedad y sus consecuencias; trabajando con reestructuración cognitiva para modificar distorsiones y creencias irracionales sobre el cáncer de mama y la quimioterapia; se realizó un entrenamiento en relajación con imaginación guiada para sesiones de quimioterapia, que se le facilitaron grabadas en audio para poder utilizar dicha grabación durante las sesiones de quimioterapia; se promovió la realización de actividades agradables y se fomentó una planificación de las mismas acorde a la disposición física de la paciente por la quimioterapia; se realizaron diferentes modificaciones de hábitos de conducta inadecuados. Por último, se estuvo trabajando en estrategias y habilidades asertivas (peticiones, quejas, pensamiento asertivo...).
- Segundo tercio del tratamiento psicológico: se realizaron actuaciones para permitir el sentimiento; se realizó un entrenamiento y fortalecimiento de su inteligencia emocional; se utilizaron técnicas psicológicas para aceptar su pasado, así como técnicas psicológicas para aceptar su destino; se siguió con la modificación de hábitos y esquemas cognitivos: sobre su familia, sobre sí misma, su empleo, las relaciones de pareja, etc.
- Las últimas sesiones se centraron en el mantenimiento y reforzamiento de las metas futuras a corto y medio plazo, además de repasar y comprobar que todo lo trabajado en consulta se había conseguido. La paciente manifestaba haber alcanzado sus objetivos terapéuticos y expresaba claramente su bienestar personal. Se consideró adecuado dar por finalizada la terapia cuando había superado la primera de las revisiones periódica, proponiendo dos sesiones más hasta pasar al seguimiento antes de la siguiente revisión que se produciría en los siguientes tres meses.

Evaluación de la eficacia y/o efectividad de los tratamientos

Se considera que ha sido eficaz la terapia ya que la paciente ha cambiado su actitud ante la enfermedad, habiendo realizado dicha evaluación de resultados con los siguientes indicadores: la paciente manifiesta que se cuida a diario para mantener su físico más saludable: andar, salir... y hay signos evidentes de ello; se siente satisfecha de cómo ha afrontado el cáncer de mama y se comprueba a lo largo de la terapia con la puesta en práctica de las estrategias de

afrontamiento que ha ido adquiriendo; ha aumentado su autoestima, quedando de manifiesto por el uso de maquillaje, destacando sus facciones más bellas y por el cambio de vestuario (del chándal a la ropa bien combinada y elegante), demostrando que se viste con más ánimo. También ha vuelto a salir e interrelacionarse socialmente con hombres, evento que no estaba entre los objetivos terapéuticos explícitamente pero que se estuvo trabajando en consulta coherentemente a las intervenciones sobre actividades agradables y de ocio. Siente menos ansiedad, concretamente en las visitas médicas, y disfruta más de sus actividades cotidianas. Fomenta y participa cada vez en más actividades agradables porque declara que se siente sana física y mentalmente. Incluso comenta que se encuentra con ganas de volver a trabajar.

Seguimiento

Se realizan 3 sesiones de seguimiento en la que se comprueba que se mantienen los resultados a 3, 6 y 9 meses: 1) se mantiene el bienestar y la reducción de la ansiedad; 2) continúa realizando actividades agradables y cotidianas; 3) mantiene la aceptación de su situación oncológica e incluso desea ayudar a otras personas a las que se le presente una situación similar a la de ella. Se confirma en cada seguimiento que ha ido mejorando su aspecto físico, lo que ella expresa como que sigue manteniendo elevada su autoestima y estado de ánimo. Al seguimiento de los 9 meses, confirma que ha vuelto a trabajar y que lo ha hecho con ilusión. Considera que ha vuelto a la normalidad de su vida y se siente muy satisfecha de lo logrado.

Referencias

- Cerezo, M. V. (2013). Variables psicológicas positivas en pacientes con cáncer. *Revista Informació Psicològica*, 106, 17 – 27.
- Checa, M. A., y Regueiro, A. M. (2013). Trastornos relacionados con traumas y estresores. En M. Ortiz-Tallo (coord.) *Psicopatología Clínica* (pp. 131–138). Madrid: Editorial Pirámide.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., y Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94, 751–755.
- Font, A., y Cardoso, A. (2009). Afrontamiento en cáncer de mama: pensamientos, conductas y reacciones emocionales. *Psicooncología*, 6(1), 27–42.
- Font, A., y Rodríguez, E. (2007). Eficacia de las intervenciones psicológicas en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 4(2–3), 423–446.
- García-Viniegras, C. R. V., y González, M. (2007). Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25(1), 72–80.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., y Wilson K. G. (2011). *Acceptance and Commitment Therapy, Second Edition: The Process and Practice of Mindful Change*. New York: Guilford Press.
- López, A. E. (2003). *Hacer frente al cáncer*. Málaga: Aljibe.
- Prasertsri, N., Holden, J., Keefe, F. J., y Wilkie, D. J. (2011). Repressive coping style: Relationships with depression, pain, and pain coping strategies in lung cancer out patients. *Lung Cancer*, 71(2), 235–40. DOI: 10.1016/j.lungcan.2010.05.009
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self Image*. Princeton: Princeton University Press.
- Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M. J., y Mateos, N. (2008). Body image and self-esteem in women with breast Cancer participating in a psychosocial Intervention program. *Psychology in Spain*, 12(1), 13–25.
- Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*. New York: Free Press/Simon and Schuster.
- Seligman, M. E. P. (2008). Positive Health. *Applied Psychology: An International Review*, 57, 3–18. DOI: 10.1111/j.1464-0597.2008.00351.x
- So, W. K. W, Marsh, G., Ling, W. M., Leung, F. Y., Lo, J. C. K., Yeung, M., y Li, G. K. H. (2010). Anxiety, depression and quality of life among Chinese breast cancer patients during adjuvant therapy. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(1), 17–22.

- Vázquez, C., Hervás, C., Rahona, J. J., y Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 15–28.
- Vázquez, C., Hervás, G., y Ho, S. M. Y. (2006). Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: fundamentos y aplicaciones. *Psicología Conductual*, 14(3),401–432.
- Vázquez, C., y Castilla, C. (2007). Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama. *Psicooncología*, 4(2–3), 385–404.
- Vera, B. (2008). *Psicología positiva: una nueva forma de entender la psicología*. Madrid: Calamar Ediciones.
- Zaccagnini, J L. (2004). Qué es la inteligencia emocional. *La relación entre pensamientos y sentimientos en la vida cotidiana*. Madrid: Biblioteca Nueva.