

LA FORMULACIÓN CLÍNICA EN PSICOONCOLOGÍA: UN CASO DE DEPRESIÓN, AVERSIÓN A ALIMENTOS Y PROBLEMAS MARITALES EN UNA PACIENTE DE CÁNCER DE MAMA

Juan A. Cruzado

Universidad Complutense de Madrid

Resumen

La formulación clínica de casos en Psicooncología es necesaria para determinar las causas de los problemas de los pacientes, diseñar el tratamiento más efectivo y valorar sus resultados. Disponer de un modelo de presentación de la formulación de los casos es especialmente útil para organizar la información, comunicarse entre profesionales, investigar el grado de acuerdo entre distintos clínicos y mejorar la supervisión. Se expone un modelo de formulación que se sustenta en las directrices con más apoyo en la experiencia clínica y empírica. Dicho modelo se ilustra con la exposición de un caso clínico: una mujer que tras ser diagnosticada y tratada de un cáncer de mama —mediante mastectomía, quimioterapia y terapia hormonal—, sufre depresión, aversión a ciertos alimentos y problemas de pareja. A continuación se expone la formulación del caso.

Palabras clave: Formulación de casos clínicos, evaluación psicológica, depresión, Psicooncología.

Abstract

The clinical case formulation in Psycho-Oncology is necessary to determine causes of the problems of patients, to plan the most effective intervention and to evaluate its outcomes. A model of clinical formulation case is especially useful to organize the complex information, improve communication between professionals, research the reliability and optimize supervision. It is exposed a model of case formulation that is based in the guidelines with best clinical and empirical support. The formulation model is illustrated with the exposition of a clinical case: a woman suffering depression, aversion to specific foods and marital problems after having been treated for breast cancer by means of mastectomy, chemotherapy and hormonal therapy. The case formulation is exposed step by step.

Key words: Clinical case formulation, psychological assessment, depression, psychooncology.

INTRODUCCIÓN

La capacidad para conceptualizar y redactar sucintamente formulaciones de caso es un aspecto fundamental para el ejercicio de la Psicología Clínica. La formulación de un caso clínico se refiere a la hipótesis acerca de las causas,

los precipitantes y las influencias que mantienen los problemas psicológicos y conductuales y las interpretaciones del paciente de su situación actual⁽¹⁻⁴⁾.

Dicha formulación es necesaria para: a) comprender el problema al que nos enfrentamos, b) determinar las causas de su origen y mantenimiento, c) establecer los objetivos de intervención y diseñar el programa de tratamiento más idóneo, d) determinar las conductas y factores que pueden interferir en el cambio, y e) evaluar la eficacia del tratamiento. En la actualidad se disponen de guías adecuadas para orientar el proce-

Correspondencia:

Juan A. Cruzado
Facultad de Psicología
Universidad Complutense de Madrid
Campus de Somosaguas s/n
28223-Madrid
E-mail: jacruzado@psi.ucm.es

so de formulación —véase Graña⁽¹⁾, Haynes⁽²⁾, Haynes y O'Brien⁽³⁾, Muñoz⁽⁴⁾—.

Una adecuada formulación conductual optimiza la intervención psicológica al unir la teoría, la investigación y la práctica. Asimismo, la explicación al paciente de la adquisición del problema y de sus causas actuales contribuye a normalizar el problema y mejorar la empatía. Por otro lado, la organización de la información compleja proveniente de la evaluación hace posible la supervisión de alta calidad y la comunicación entre profesionales. Eells et al⁽⁵⁾ y Kuyken et al⁽⁶⁾ han mostrado que existe un adecuado grado de acuerdo entre distintos terapeutas y que tanto la fiabilidad como la calidad de la formulación están asociados a la experiencia y acreditación clínica.

Los psicólogos clínicos que trabajan con pacientes de cáncer apenas hacen explícitas las formulaciones de casos clínicos, se publican pocos informes de caso y con frecuencia no siguen pautas expositivas comunes. En el área de la Psicooncología, el análisis funcional y la formulación presentan notables dificultades, en primer lugar porque los problemas del paciente dependen en gran medida de la información médica sobre el diagnóstico, pronóstico o la respuesta a los tratamientos; en segundo lugar, la propia patología del cáncer y los efectos colaterales de los tratamientos provocan síntomas físicos (dolor, náuseas, disnea) y emocionales, en breves espacios temporales. Asimismo, muchas veces las intervenciones psicológicas en el hospital deben realizarse en poco tiempo por lo que la evaluación y el tratamiento se solapan. Estas dificultades inherentes no hacen sino justificar más la necesidad de las formulaciones explícitas de los casos, ya que toda intervención psicológica se lleva a cabo para ayudar al paciente ante uno o varios problemas concretos, de los cuales el psicólogo ha de

tener una hipótesis sobre las variables que los originan y mantienen, que una vez contrastada deberá fundamentar el tratamiento psicológico más idóneo. Es cierto que los estados emocionales se ven alterados según la información médica, síntomas y distintas variables relativas al estado médico. Un adecuado análisis funcional nos permitirá predecir la adaptación del paciente y sus reacciones y tener preparada la línea de intervención más adecuada.

El objetivo del presente trabajo es presentar el modelo de formulación de casos clínicos en Psicooncología e ilustrarlo con un caso clínico real paso a paso.

MODELO DE FORMULACIÓN DE CASOS CLÍNICOS EN PSICOONCOLOGÍA

A continuación se expone los pasos a seguir en la formulación del caso:

1.- Descripción de los datos biográficos y clínicos del paciente, que incluyen:

- Datos sociodemográficos
- Datos médicos
- Capacidades cognitivas
- Datos de familia y cuidadores
- Información que posee acerca del diagnóstico, pronóstico, tratamientos y sintomatología relativas al cáncer
- Otros problemas de salud específicos
- Trastornos psicopatológicos previos y tratamientos anteriores.

2.- **Problemas y objetivos:** se genera un listado de todos los problemas conductuales experimentados actualmente. Este listado permite al psicólogo clínico generar hipótesis que intentará probar, inicialmente, mediante la entrevista clínica. Se examina primero la conducta más incapacitante. Se debe hacer explícito:

- La delimitación inicial (listado) de los problemas del paciente
- Los objetivos del paciente

3.- Análisis funcional de los problemas: es la identificación de cuáles son los factores causales que son más importantes y que pueden ser controlados para modificar las conductas problema del paciente. Para este apartado se ha de describir:

- cada una de las conductas problema en términos de conductas motoras (lo que el paciente hace); activación emocional (lo que el paciente siente) y c) las cogniciones (lo que le paciente piensa).
- los antecedentes, externos e internos, que facilitan u obstaculizan las conductas problema o las conductas adecuadas.
- los consecuentes de las conductas, externos e internos, que contribuyen a aumentar o disminuir las conductas problema o las conductas adecuadas.
- las variables orgánicas que pueden incidir en la conducta problema: condiciones de privación o dependencia, avance de la enfermedad, efectos de fármacos, y tratamientos: fatiga, dolor, delirium.

4.- Evolución del problema: Se realiza un análisis sobre la progresión de cada conducta desde su inicio hasta la situación actual:

- Factores predisponentes o de vulnerabilidad
- Aparición del problema
- Curso del problema
- Recursos del paciente para hacer frente al problema

5. Otras áreas a considerar:

- Autocontrol (específico y general)
- Recursos personales
- Apoyo social
- Situación vital y estilo de vida

6.- Diagnóstico según DSM-IV-R (Cinco ejes).

7. Formulación del caso: se detalla un conjunto de hipótesis contrastadas expresadas de forma narrativa o mediante diagramas de flujo que ponga en relación toda la información disponible sobre el caso (biológica, psicológica y social) para explicar la etiología, el curso, el mantenimiento actual y el pronóstico del mismo. Se ha explicitar:

- La hipótesis de origen
- La hipótesis de mantenimiento
- El contraste de hipótesis

8.- Objetivos del tratamiento

9.- Plan de tratamiento

10.- Evaluación del curso del tratamiento y seguimiento.

EXPOSICIÓN DEL CASO CLÍNICO

Ana, de 43 años de edad, está casada, tiene un hijo varón de 20 años y una hija de 12 años. Hace un año y nueve meses le diagnosticaron un cáncer ductal infiltrante de mama. Se llevó a cabo una mastectomía radical, no se hizo reconstrucción. Utiliza prótesis. Actualmente lleva a cabo un tratamiento hormonal (tamoxifeno, 20 mg diarios), que ha de continuar 5 años. Realiza revisiones médicas cada 6 meses. Asimismo, toma un antidepresivo (imipramina: 75 mg día) y un ansiolítico (lorazepam, 3 mg/12 h).

Antes de la enfermedad ejercía como auxiliar de enfermería, el contrato que tenía era temporal y tras la enfermedad no se lo renovaron. En la actualidad no trabaja y tampoco está buscando empleo. Esta cursando 2º de psicología, por la UNED.

Anteriormente al diagnóstico de cáncer participó como voluntaria en asocia-

ciones de ayuda a las personas que han sufrido abusos infantiles. Asimismo, era la socorrista del equipo de fútbol de su hija. En el momento presente no lleva a cabo estas actividades, y ha discontinuado sus estudios. Según dice ella siempre ha sido una persona muy vital “que ha procurado no estancarse y afrontar los problemas, pero ahora no puedo con nada”.

La presencia y arreglo personal es descuidado, el pelo algo sucio.

Durante el diagnóstico y el tratamiento del cáncer informa haber sentido mucha angustia y soledad. La quimioterapia (fluoracilo, adriamicina y ciclofosfamida, seis ciclos) hizo que se le cayese el pelo. Nunca llevó peluca. Sufrió náuseas y vómitos asociados a la quimioterapia. A partir de este tratamiento informa que le producían aversión varios alimentos, que en la actualidad no puede ingerir, lo cual le impide llevar una dieta adecuada y conlleva estar muy delgada y sentirse débil. En concreto, los alimentos “problemáticos” son zumos, horchata, galletas, melocotón y piña en almíbar, peras, purés de verduras, palomitas de maíz, nueces, pandominos, naranjas, yogurt, kiwi, acelgas, arroz caldoso, pescado y queso. Estas comidas le recuerdan la sala de hospital donde le daban la quimioterapia. Informa que cuando está en presencia de estos alimentos siente náuseas, malestar estomacal y ganas de vomitar. Ante ello bebe agua y sale del lugar donde está esa comida. Por ello trata de apartar la vista de estas comidas, incluso tapa la fruta metiéndola en envases opacos o con manteles de colores.

Su relación de pareja se ha deteriorado mucho. El matrimonio funcionaba bien anteriormente a la enfermedad, aunque siempre es ella la que ha llevado las riendas de la pareja. Ella se encarga del hogar y los hijos y él siempre ha

sido pasivo, según informa la paciente. Ana informa que cuando la diagnosticaron de cáncer su marido empezó a distanciarse de ella, de forma evidente al principio, no acompañándola a las visitas del médico, apenas le preguntaba sobre cómo iba. Cuando la operaron y tuvo que estar ingresada no se quedó con ella en el hospital, de forma que pasó muchas noches sola. Durante la quimioterapia no le acompañaba nunca, cuando salía de la infusión lo llamaba a casa y venía a recogerla. Normalmente, ella hace todas las tareas del hogar, incluso cuando se encontraba bajo los efectos de la quimioterapia. Ana dice que cuando se quedaba acostada y no podía cocinar o limpiar él se quejaba con cierta frecuencia. Al principio, Ana pensó que él necesitaba tiempo para hacerse a la idea, pero el tiempo transcurría y no manifestaba ninguna aproximación afectiva hacia ella. Ahora que hace un año y medio de la terminación del tratamiento, él nunca la ha visto desnuda, no ha visto la cicatriz, no han mantenido ninguna relación sexual, ni afectiva. Un día le preguntó a él qué pasaba y contestó que necesitaba tiempo. Cuando observa el anillo de casada piensa “para qué sirve”, cuando ve a otras parejas, o se acuesta con su marido en la cama le dan ganas de llorar (la paciente se emociona y llora cuando cuenta esto). Como el psicólogo se fija en ese momento la mano derecha, la paciente le explica que se ha quitado la alianza de casada y la ha guardado.

Dos días antes de acudir al psicólogo, habló con su marido, discutieron durante 3 ó 4 horas sobre su relación y posible separación. Además, le dolió mucho cuando tras acudir a la última revisión médica (a la que fue sola) ni siquiera le preguntase su marido cómo le había ido. Ella no le ha dicho nada, ni le va a dar más explicaciones. “Ya no

me quiere, está conmigo por pena... yo no le importo, esto ya no funciona, no se qué hacer, mi vida es un desastre ¿Cómo se ha podido llegar a esta situación? Ya no aguanto más". Con frecuencia añora otros momentos previos a la enfermedad y repetidamente se acuerda de cómo se ha desentendido su marido de toda su evolución. Ante esta situación la paciente pregunta: "¿Debo separarme?".

Con frecuencia padece dolores de cabeza, además presenta insomnio (sólo duerme 3 ó 4 horas), tristeza, está continuamente nerviosa y con ganas de llorar. Se queja de su debilidad por no ser capaz de separarse, y dice sentirse inútil. Por otro lado, apenas sale de casa, ha dejado de estudiar y de llamar a sus amigas.

En el Inventario de Depresión de Beck (BDI)⁽⁷⁾ puntúa 31.

Tiene 3 hermanos con los que tiene buena relación, pero no muy estrecha, les ve en Navidades y acontecimientos familiares. Con su madre (69 años) no tiene muy buena relación, la madre tuvo también cáncer y escondió su enfermedad. Ana no se ha sentido apoyada por su madre durante la enfermedad, recuerda como única frase de apoyo, el siguiente mensaje: "tu debes hacer lo mismo, di que has tenido una apendicitis o lo que quieras. Pero no les digas que tienes cáncer, te lo dice tu madre".

Se define como una persona con fuerte voluntad, capaz de expresar lo que piensa y relacionarse con gente nueva, pero no en el momento actual: "No me gusto ni a mi ni a nadie".

Intenta no pensar en los problemas que tiene, centrarse en sus hijos, que la quieren y necesitan: "mis hijos me necesitan con pecho o sin pecho, con mi marido o sin él, por eso no puedo matarme". A veces utiliza la relajación con

visualización que le enseñó un psicólogo en una sesión que hicieron el hospital para controlar la ansiedad.

Con la autorización de Ana se entrevistó a su marido, quien expresó que él se encontraba bien, no deseaba separarse de su mujer porque la seguía queriendo, "no tengo ningún problema para ir al psicólogo, si ella está mal pues que vaya al psicólogo pero yo no tengo razones para ir, salgo de forma puntual como hoy". Tras explicarle las ventajas y las razones por las que sería beneficioso que participase en el tratamiento, así como lo que es una terapia de pareja, él se ratificó en su posición.

FORMULACIÓN DEL CASO CLÍNICO DE ANA

1.- Datos biográficos

Nombre: Ana

Edad: 43 años

Estado Civil: Casada

Hijos: 2, una chica de 12 años y un chico de 20.

Profesión: Auxiliar de Enfermería. Actualmente estudiante de Psicología. UNED.

Datos médicos: Cáncer ductal infiltrante de mama, tratamiento con mastectomía y quimioterapia. Medicación: Tamoxifeno (20 mg día). Imipramina (75 mg día) y Lorazepan (3 mg/12 h.)

2. Problemas y objetivos:

Delimitación inicial (listado) de los problemas del paciente:

- Déficit en actividad laboral y de ocio, abandono de actividades gratas
- Descuido en el arreglo personal
- Dolores de cabeza, insomnio
- Tristeza
- Ansiedad
- Episodios de llanto
- Alta puntuación en síntomas depresivos BDI (31)

- Reacciones condicionadas de náuseas y vómitos a los alimentos: zumos, horchata, galletas, melocotón, piña en almíbar, peras, purés de verduras, palomitas, nueces, pandominos, naranjas, yogurt, Kiwi, acelgas, arroz caldoso, pescado y queso.
- Ausencia de apoyos por parte del marido durante la enfermedad, discusiones frecuentes, –conducta no cooperativa del marido (no viene a terapia).
- Dudas sobre la oportunidad de separarse del marido.

Objetivos del paciente:

- Mejorar el estado de ánimo
- Recuperar la actividad
- Alimentarse adecuadamente, sin reacciones aversivas a los alimentos
- Afrontar el problema

En conclusión: la paciente presenta tres problemas fundamentales:

- a) Mejorar el estado de ánimo, recuperar la actividad previa, es decir, superar el posible trastorno depresivo.
- b) Tratar las reacciones condicionadas a alimentos, es decir, la posible fobia a los alimentos.
- c) Abordar el problema con su pareja.

3. Análisis funcional de los problemas

Primer problema: Depresión

A) Descripción de las conductas problema: cognitivas, fisiológicas y motoras:

Cogniciones:

- Minusvaloración personal: “no me gusto a mi misma, ni a nadie”.
- Indefensión: en el momento presente no se siente capacitada puedo hacer frente.
- Incapacidad de decidir.
- Sentimientos de inutilidad y vulnerabilidad personal.

- Atribuciones personales de incapacidad

Emociones:

- Tristeza
- Llanto
- Frustración
- Ansiedad

Síntomas físicos:

- Insomnio
- Dolores de cabeza
- Debilidad
- Pérdida de peso

Conductas:

- Inactividad laboral
- Inactividad estudios
- Abandono de actividades voluntariado
- Abandono de actividades sociales
- Descuido arreglo personal

B) Determinantes: estímulos antecedentes externos e internos

- Conducta de su pareja (ausencia de apoyo instrumental y emocional) que se manifiesta por:
 - No acompañarla durante el tratamiento
 - No interesarse por sus revisiones
 - Rechazo relaciones sexuales, verla desnuda, o la ver cicatriz.
 - Pasividad en tareas del hogar
 - Emisión de mensajes contradictorios “quiero a mi mujer pero no quiero participar en la terapia”, que generan frustración e incertidumbre.
- Conducta de la madre y hermanos de ausencia de apoyo afectivo o instrumental, que incluyen:
 - “Debes ocultar la enfermedad porque es un hecho vergonzante”
 - Ausencia de apoyo afectivo
 - Déficit de estímulos externos e internos para iniciar o recuperar actividades
- Enfermedad:
- Estrés del diagnóstico, tratamientos y revisiones del cáncer. El hecho de

ser quien se encargue del funcionamiento del hogar y no contar con ayuda, hace que cuando tiene la enfermedad abandone las tareas de estudio, laborales, de voluntariado y sociales.

- La hospitalización y la cirugía producen cambios de humor y de imagen corporal.
- El tratamiento de quimioterapia puede producir cansancio y síntomas depresivos, así como cambios en imagen corporal (caída de pelo).
- La fobia a los alimentos: ha producido cambios en el peso, sensaciones de debilidad y cambios de humor.

C) Determinantes: estímulos consecuentes externos e internos

- La ausencia de reforzadores externos positivos, lo que conduce a la extinción de comportamientos (ej. el arreglo personal, no se ve reforzado porque nadie se fija en ella, por tanto se abandona).
- El auto-reforzamiento está también ausente, al no estar realizando ninguna actividad que realizaba previamente: estudiar, trabajar, actividades de voluntariado no hay autovaloración personal.
- La ausencia de actividad y de gratificaciones justifican la creencia en la inutilidad.
- Las discusiones con su marido con el objeto de aclarar su situación no logran resultados por las conductas evasivas o ambiguas que emite su pareja, y aumentan las cogniciones de incontrolabilidad.

Segundo problema: fobia a los alimentos

A) Descripción de las conductas problema: cognitivas, fisiológicas y motoras:

Cogniciones:

- Recuerdos del hospital
- Anticipación de reacciones negativas

Fisiológicas:

- Náuseas, vómitos
- Malestar estomacal
- Ansiedad

Motora:

- Apartar la vista de las comidas
- Tapar estos alimentos
- Beber agua
- No comer estos alimentos
- Evitar los alimentos

B) Determinantes: estímulos antecedentes externos e internos

Inmediatos:

- Presencia de los siguientes alimentos: zumos, horchata, galletas, melocotón, piña en almíbar, peras, purés de verduras, palomitas, nueces, pandinos, naranjas, yogurt, Kiwi, acelgas, arroz caldoso, pescado y queso.

Distales:

- Aplicación de la quimioterapia, tras la de lo cual la ingesta de alimento con las características de zumos, horchata, melocotón etc., vino seguida de náuseas y vómitos. Se produjo así un condicionamiento clásico.
- La ansiedad asociada a los tratamientos pudo facilitar el condicionamiento clásico al focalizar la atención y amplificar las amenazas.

C) Determinantes: estímulos consecuentes externos e internos

- Las respuestas de evitación van seguidas de la reducción de ansiedad, sensaciones de náuseas y malestar, por lo que son reforzadas negativamente.
- La fuerza asociativa entre los estímulos condicionados (zumos, melocotón etc.) y las sensaciones de ansiedad, náuseas y malestar aumenta

progresivamente conforme aumenta la evitación.

- Se va consolidando la creencia de que la mejor forma de no tener las sensaciones negativas asociadas a la presencia de los alimentos es la evitación/escape.
- La evitación de los alimentos tiene como consecuencia cambios en la alimentación y en el peso y también en el estado de ánimo a medio y largo plazo.

Tercer problema: Relación de pareja

A) Descripción de las conductas problema: cognitivas, fisiológicas y motoras:

Cognitivas:

- Percepción de desinterés por parte de su pareja en el proceso de enfermedad
- Percepción de falta de ayuda instrumental para el cuidado del hogar y las tareas domésticas
- Percepción de rechazo ante su imagen corporal
- Percepción de ser inatractiva sexualmente para su pareja
- Incapacidad para decidir sobre separación

Emociones:

- Frustración, ira
- Incertidumbre
- Tristeza

Conducta:

- Discutir
- Dejar de hablar con su pareja
- Pasividad en cuanto a la decisión sobre la relación marital

B) Determinantes: estímulos antecedentes externos e internos:

- Conductas de la pareja
- Falta de ayuda durante la enfermedad
- Rechazo de relaciones sexuales

- Evitar la visión del cuerpo de su mujer
- No querer acudir a la terapia
- Informaciones verbales de querer a su mujer, inconsistentes con su conducta.

C) Determinantes: estímulos consecuentes externos e internos:

- Insatisfacción con la relación
- Sentimientos negativos con respecto a su marido
- Pérdida de autoestima al atribuir el rechazo a ella misma
- Percepción de incontrolabilidad, ya que los intentos de diálogo y discusiones no modifican el problema de relación.

4.- Evolución del problema:

Factores predisponentes o de vulnerabilidad

- El proceso de enfermedad y los tratamientos han determinado el abandono de los estudios, las actividades de voluntariado y el trabajo
- Los tratamientos han producido cambios en la imagen corporal y el estado de ánimo (cirugía, quimioterapia), así como en la actividad.
- La ausencia de apoyo por parte de la pareja y otros familiares (madre y hermanos) influye negativamente en el afrontamiento de la enfermedad y los tratamientos.
- Los mensajes de la madre en torno a que debe avergonzarse de la enfermedad son igualmente negativos.
- La ansiedad crónica ha podido ayudar a aumentar la condicionabilidad a los estímulos fóbicos de los alimentos al aumentar la focalización de la atención y la amplificación de las sensaciones.
- Posiblemente la enfermedad ha contribuido a revelar una relación

de pareja previamente problemática por la pasividad y escasa colaboración del marido en las tareas domésticas.

Aparición del problema. Curso del problema

- El problema aparece desde el comienzo de la enfermedad. La ausencia de apoyos y ayudas hacen que la paciente deba abandonar las actividades previas sociales, de ocio y laborales, así como que las tareas domésticas las realice con gran esfuerzo e insatisfacción con los logros. Los cambios de estado de ánimo producidos por el diagnóstico y los tratamientos no se vieron compensados con el apoyo familiar.
- Tras la enfermedad no se ha recuperado la actividad debido a la ausencia de estímulos para iniciar conductas y ausencia de refuerzos e incentivos para mantener la conducta. Asimismo, la carencia de control en la relación de pareja y en la actividad ha contribuido a mantener el estado de humor depresivo.
- Durante la quimioterapia se produjo un condicionamiento clásico por el que los alimentos, ya citados quedaron asociados a ansiedad, náuseas y vómitos y malestar, posteriormente la evitación ha hecho que el condicionamiento se consolide.
- El problema de la falta de apoyo por parte del marido, probablemente existiera antes del proceso de enfermedad, a partir de ahí se manifiesta la ausencia de apoyo instrumental y emocional. El esposo da mensajes verbales contradictorios con su conducta (dice que la quiere pero no participa en el tratamiento, ni se interesa por ella) esto crea incertidumbre y frustración en Ana.

5. Otras variables a considerar

Autocontrol (específico y general)

- La paciente es probable que necesite pautas para iniciar la actividad (programación de actividades, horarios, elección de tareas), con estas ayudas puede alcanzar un nivel de autocontrol satisfactorio.
- En el momento presente es aconsejable posponer la toma de decisión sobre la separación, hasta el momento en que Ana se encuentre en el estado de ánimo adecuado.

Recursos del paciente para hacer frente al problema

- Ana posee una cualificación profesional (auxiliar de enfermería) y es estudiante universitaria. La paciente anteriormente a la enfermedad llevaba a cabo sus tareas de voluntariado, estudios, trabajo y ocio de forma satisfactoria. Es decir posee competencias y recursos para realizar todas esas actividades, si bien el estado afectivo y la ausencia de incentivos no permiten su actuación. En la actualidad lleva a cabo las tareas de ama de casa y cuidado del hogar.
- La paciente manifiesta que desea mejorar por sus hijos y por ella misma; es decir tiene motivación para el cambio.

Apoyo social: Escasa red de apoyo social, es necesario aumentar la red de apoyo social.

Situación vital y estilo de vida: en el momento presente esta libre de enfermedad, los resultados de las revisiones son muy satisfactorios. Salvo el problema de alimentación, y la ausencia de apoyos sociales su estilo de vida es satisfactorio.

6.- Diagnóstico según DSM-IV. (Cinco ejes)

Eje I:

- F32.1: Trastorno depresivo mayor
- F40.2.: Fobia específica
- Z63.0: Problemas conyugales

Eje II: diagnóstico ausente

Eje III: C00-D48 Neoplasias

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo

Eje V: EAG: 70

7.- Formulación del caso:

Hipótesis de origen

- La enfermedad del cáncer produce abandono de actividades y la pérdida de reforzadores
- Los tratamientos del cáncer (cirugía y quimioterapia) disminuyen los ni-

veles de estado de ánimo, produjeron astenia, cansancio, cambios en imagen corporal y autoestima. La ausencia de apoyo instrumental y emocional no permitió la adecuada recuperación del estado afectivo una vez pasado el tratamiento.

- El rechazo del marido y su falta de apoyo emocional provocaron estados de tristeza.
- Ausencia de ayuda instrumental por parte de la pareja y sus familiares aumentan fatiga e insatisfacción con el cumplimiento de tareas domésticas.
- Déficit del apoyo de la madre y hermanos, que contribuye a aumentar tristeza.
- La quimioterapia provoca fobia a los alimentos, mediante un proceso de condicionamiento clásico.

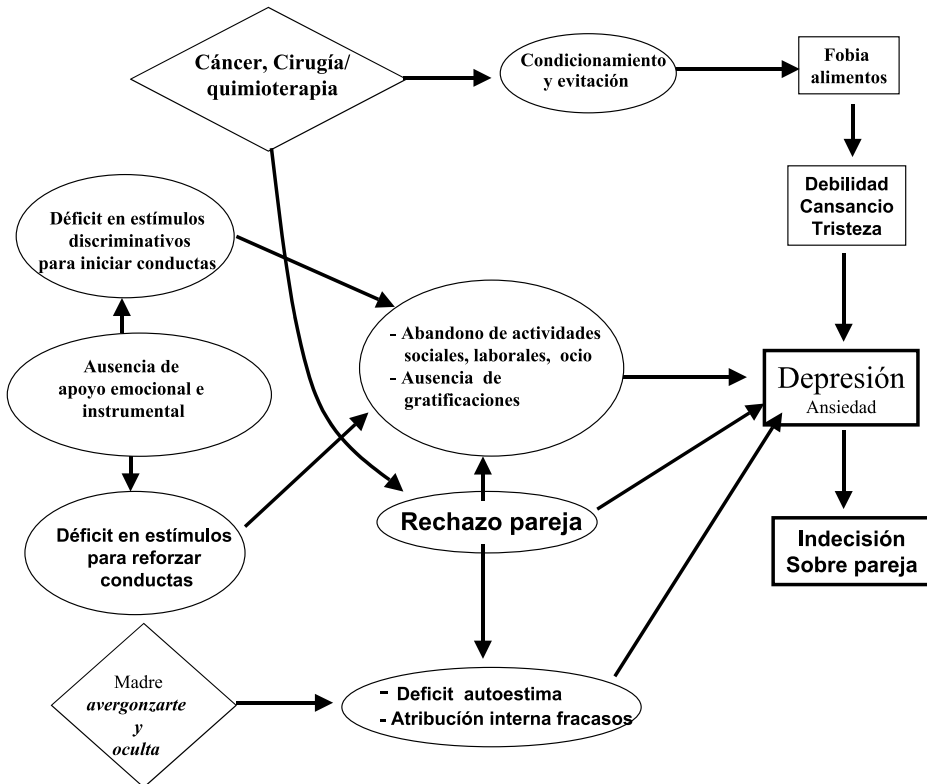


Figura 1. Formulación del caso

Hipótesis de mantenimiento

- El abandono de las actividades laborales y recreativas impide el alcanzar gratificaciones y autovaloraciones positivas
- La ausencia estímulos discriminativos o incentivos para iniciar conductas, contribuye a mantener la ausencia de gratificaciones
- Ausencia de refuerzos sociales para mantener conductas
- Ausencia de autorrefuerzo que permitan mantener conductas
- La evitación de los alimentos reduce la ansiedad (refuerzo negativo) y contribuye a mantener y aumentar el condicionamiento aversivo de los alimentos.
- El déficit del peso y cansancio producido por la fobia a los alimentos contribuye a mantener el estado emocional negativo y el cansancio.
- El rechazo por parte del marido contribuye a aumentar la tristeza y baja autoestima.
- La atribución interna del rechazo y las rumiaciones negativas contribuyen a disminuir la autoestima
- La información contradictoria del marido contribuye a aumentar incertidumbre e indecisión.
- El estado de ánimo disminuido contribuye a la indecisión con respecto a la relación con el marido.

Véase en la Figura 1 una esquematización del modelo de formulación del caso.

Contraste de hipótesis

- Las puntuaciones del BDI, los datos de entrevista de la paciente y la entrevista con el marido permiten contrastar la información.
- La planificación de actividades reforzantes, la mejora de las interacciones sociales deberán ir mejorando el nivel de actividad y el estado de humor.

8.- Objetivos del tratamiento

Primer problema: Depresión

- Psicoeducación sobre el proceso, elementos causales y tratamiento.
- Controlar la ansiedad
- Mejorar el sueño
- Aumentar la actividad gratas sociales
 - Planificación de la actividad hogar: ayudas instrumentales
 - Mejorar la imagen corporal y la autoestima
 - Aumentar paulatinamente las actividades de estudio y laborales
 - Cambio en cogniciones desadaptativas

Segundo problema: fobia a los alimentos

- Eliminar las reacciones aversivas a los alimentos y posibilitar así una alimentación equilibrada.

Tercer problema: Relación de pareja

Frente a este problema se ha de asistir a la paciente a tomar una decisión en el momento que sea más oportuno. Se debe ayudar a la paciente a reconocer que lo prioritario deber ser mejorar el estado de ánimo, ya que antes de la enfermedad ella misma reconoce que era capaz de realizar muchas actividades y tomar decisiones, en el momento en que se encuentre estable emocionalmente se sentirá capaz de tomar decisiones sobre la relación con su marido. En el momento actual el marido ha manifestado que no desea acudir al tratamiento, afirma que se encuentra bien y que el problema es de su mujer, por tanto no se puede iniciar un tratamiento de pareja o confiar en una implicación importante en el tratamiento de Ana.

9.- Plan de tratamiento

El tratamiento ha de comenzar con proceso psicoeducativo en que Ana comprenda las causas actuales de: a) de su estado de ánimo y b) las reacciones aversivas a los alimentos; así como una vez que se encuentre preparada se abordará la decisión sobre la pareja. Reconstruir la narrativa de los principales sucesos, orientando al paciente a desdramatizar la situación actual, centrándola en los logros obtenidos a como ha hecho frente a la enfermedad, el apoyo de sus hijos y sus recursos personales. A continuación se abordarán los siguientes componentes:

- Disminuir la activación fisiológica: mediante relajación y respiración.
- Mejorar el sueño: programa de higiene del sueño.
- Planificar y desarrollar actividades sociales de ocio: contactos y actividades con las amigas que frecuentaba anteriormente, participación en las actividades recreativas del colegio de su hija, acudir a actividades de la casa de la mujer de los servicios sociales del Ayuntamiento.
- Mejorar imagen personal: arreglo personal, exposición imagen corporal, detección y desafío de pensamientos automáticos negativos.
- Mejora de autoestima: ejercicios de auto-valoración personal, auto-refuerzo de logros, cambio pensamientos automáticos, corrección de atribuciones personales negativas.
- Distribuir tareas caseras con sus hijos y su marido para disponer de más tiempo de ocio.
- Planificar y desarrollar actividades laborales: comenzar realizando un curso del INEM, para después buscar trabajo. Volver a los estudios universitarios para el próximo curso.
- Detección de rumiaciones negativas, pensamientos automáticos negativos, cambio por positivos.
- Para eliminar las reacciones aversivas a los alimentos: desensibilización sistemática y eliminación de evitaciones.
- En colaboración con el psiquiatra ir retirando la medicación ansiolítica y antidepresiva, según se juzge oportuno.
- Asistir mediante la técnica de solución de problemas a la decisión sobre su relación de pareja.

10.- Evaluación del curso del tratamiento y seguimiento

- El curso del tratamiento se evalúa mediante datos objetivos acerca de la actividad de la paciente, datos de autoinforme a través de entrevista y auto-registro y la puntuación en el BDI.
- El progreso en cuanto a la fobia se valora por la capacidad de la paciente para estar en presencia de los alimentos fóbicos, manipularlos e ingerirlos.

La paciente llevo a cabo 25 sesiones de tratamiento de una hora de duración, durante 9 meses. Al finalizar Ana estaba libre de medicación psicotrópica, había mejorado su actividad social, informaba sentirse menos ansiosa, el patrón de sueño estaba normalizado, la puntuación en el BDI era de 10. La alimentación se había normalizado y dejó de manifestar las reacciones aversivas previas. La relación con su marido no mejoró, pero Ana informó afrontarlo adecuadamente. Seis meses después de terminada la intervención la paciente inicio los trámites de separación matrimonial, en ese momento se llevaron a cabo dos consultas de atención psicológica.

CONCLUSIÓN

En el presente trabajo se ha expuesto un modelo de formulación que se sustenta en las directrices con más apoyo en la experiencia clínica y empírica⁽¹⁻⁴⁾. Disponer de un modelo de presentación de la formulación de los casos es especialmente útil para organizar la información, comunicarse entre profesionales, investigar el grado de acuerdo entre distintos clínicos y mejorar la supervisión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Graña JL. Formulación de casos en psicología clínica. En Caballo V Director. Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Madrid: Pirámide, 2005. p. 99-120.
2. Haynes SN. la formulación clínica conductual del caso: pasos para la elaboración del análisis funcional. En: Caballo V, director. Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Madrid: Pirámide, 2005. p. 77-97.
3. Haynes SN, O'Brien WH. Principles and practice of behavioral assessment. Nueva York. Kluwer, 2000.
4. Muñoz M. Manual práctico de evaluación psicológica clínica. Madrid: Síntesis, 2003.
5. Eells TD, Kendjelic EM, Lucas CP. What's in a case formulation? Development and use of a content coding manual. J Psychother Pract Res. 1998 Spring;7(2):144-53.
6. Kuyken W, Fothergill CD, Musa M, Chadwick P. The reliability and quality of cognitive case formulation Behav Res Ther. 2005; 43(9):1187-201.
7. 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: 403-22.

