

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN UN CASO DE LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA CON PROBLEMAS DE ADAPTACIÓN A LA HOSPITALIZACIÓN Y TRASTORNO PSICÓTICO INDUCIDO POR SUSTANCIAS

PSYCHOLOGICAL INTERVENTION IN SOME HOSPITALARY-ADAPTATION PROBLEMS AND IN A SUBSTANCE-INDUCED PSYCHOTIC DISORDER EXPERIENCED BY AN ACUTE MYELOID LEUKAEMIA INPATIENT

Virginia B. Peralta*, Martina Gulini**, Juan Antonio Cruzado*** y Javier Barbero**

* Equipo de Atención Psicosocial de "La Caixa". Centro Asistencial San Camilo, Madrid.

** Servicio de Hematología y Hemoterapia del Hospital Universitario La Paz de Madrid.

*** Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.

Resumen

El diagnóstico de una enfermedad hemato-oncológica supone un impacto físico, psicológico, emocional y social que genera sufrimiento en el individuo y en su entorno. El modelo de intervención psicológica preventiva trata de disminuir el malestar emocional y maximizar la adaptación y el bienestar a través de empoderar al paciente y aumentar su percepción de control. En el presente artículo se expone el caso de un joven con Leucemia Mieloide Aguda, con experiencia de malestar psicofisiológico, déficit en apoyo social, problemas de adaptación y de escasa comprensión inicial de información médica, determinados por la enfermedad e influyentes en la misma, con consecuentes riesgos de empeoramiento del estado de salud. El trastorno psicótico inducido por cannabis con ideas delirantes respecto al personal sanitario fue una de las complicaciones psicopatológicas principales, que en caso de no haberse detectado precozmente, podría haber influido seriamente en la adherencia al tratamiento médico y en la relación de ayuda. Al superar progresivamente las diferentes situaciones amenazantes, se produjeron en el paciente cambios positivos tanto del concepto de sí mismo, como de las relaciones interpersonales y de la propia filosofía de vida, llevándole a una mejor adaptación a la enfermedad. En conclusión, el objetivo fundamental de la actuación terapéutica no es únicamente mini-

Abstract

Hemato-oncological diseases involve some physical, psychological, emotional and social impacts producing individual and global suffering. Preventive psychological interventions minimize stress and provide adaptation and well-being by empowering patient resources and increasing control perception. In this article we expose an acute myeloid leukaemia inpatient, whose experience of psychophysiological distress stemmed from a lack of social support, from adaptation problems and from scarce understanding of medical information as well as from consecutive risks of worsening in health. After overcoming gradually different threatening situations, some positive changes in self-concept, in the interpersonal relationships and in his own philosophy of life occurred. This led the patient to a better adaptation to the illness. In conclusion, the main goal of the therapeutic intervention does not only deal with decreasing the negative impact of the disease or tackling the psychopathological difficulties but also helping the patient to use his best strategies to improve well-being.

Key words: Suffering, loneliness, psychosis, resources, prevention, multidisciplinary intervention.

Correspondencia

Virginia B. Peralta
C/ Virgen de los Desamparados, 10-4º izda. 02004-Albacete
E-mail: virginiapj@gmail.com

mizar el impacto negativo de la enfermedad o abordar las complicaciones psicopatológicas, sino también, favorecer que el paciente utilice sus mejores estrategias para aumentar su bienestar en tal situación.

Palabras clave: Sufrimiento, soledad, psicosis, recursos, prevención, intervención multidisciplinar.

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico y tratamiento de una enfermedad hematooloncológica supone un acontecimiento estresante, acompañado de altos niveles de sufrimiento y vulnerabilidad que repercuten en las áreas tanto física como emocional de la vida del sujeto, influyen en su estado de ánimo y dificultan su afrontamiento^(1,2).

La atención psicooncológica consiste en facilitar la adaptación a la enfermedad y al tratamiento, favoreciendo el bienestar psicológico y la calidad de vida del paciente diagnosticado de cáncer⁽³⁾, a través de: 1) la intervención en crisis, ante la presencia de situaciones puntuales que conllevan alteraciones a nivel psíquico; 2) la intervención preventiva desarrollada durante todo el proceso de enfermedad, incluso en el caso de aparente ausencia de dificultades psicológicas. Tal prevención consiste en potenciar los factores de protección del bienestar psicológico y los recursos del paciente para que pueda afrontar situaciones previsiblemente amenazantes en un futuro próximo y prevenir alteraciones psicopatológicas derivadas de las dificultades de adaptación a la situación actual^(2,4); y 3) la atención en consulta externa.

En este sentido, las intervenciones integradas en el equipo interdisciplinar, son aplicadas de forma preventiva y proporcional a la fase del proceso de enfermedad en que se encuentre la persona, con el objetivo principal de promover el cambio, la relación de confianza y de competencia con el sujeto enfermo^(4,5). Más

allá aún, a través del carácter educativo, existe la pretensión de que sea el paciente mismo quien desarrolle activamente las capacidades y habilidades, aumentando su sensación de autoeficacia y, como consecuencia, mejorando la evolución terapéutica. Además, la intervención psicológica trabaja las habilidades sociales del paciente, centradas en la forma de relacionarse y comunicarse con su entorno sociofamiliar, con el equipo sanitario, así como con otros pacientes ingresados en la planta hospitalaria, teniendo en cuenta que el apoyo social y la comprensión del proceso de enfermedad influyen positivamente en el bienestar emocional^(1,2,4).

A continuación se presenta un caso clínico que ejemplifica el sufrimiento debido al diagnóstico de una enfermedad hematooloncológica grave, los escasos recursos sociales y al consecuente sentimiento de soledad, que se convirtió en una ocasión de crecimiento existencial y madurez psicológica, hacia una nueva y más profunda actitud ante la vida.

PRESENTACIÓN DEL CASO

L.G. varón de 19 años procedente de Murcia, soltero, estudiante de F.P. Sus padres están separados y ambos han tenido otra pareja. De una relación anterior, el padre tuvo tres hijos mayores que L.G., a los cuales él no conoce. En el diagnóstico de la enfermedad, el paciente vivía con su madre y con el abuelo materno.

En Septiembre de 2007 el paciente acude al Hospital General de su ciudad

de origen alegando astenia, visión borrosa y mal estado general de dos semanas de evolución. Posteriormente, es derivado a un Hospital de Madrid con carácter de urgencia por detectarse un proceso linfoproliferativo agudo. En la anamnesis, el paciente refiere ser fumador, así como consumir ocasionalmente cannabis y alcohol. En cuanto a la historia médica familiar, destaca el fallecimiento de un tío paterno por leucemia.

Tras varios análisis se diagnostica una Leucemia Aguda Mieloide del tipo M2. El diagnóstico fue transmitido con un protocolo de comunicación de malas noticias^(4,6).

En la exploración inicial del estado mental⁽⁷⁾, el paciente se encuentra consciente y orientado en las tres esferas, atención sostenida, memoria no afectada, expresándose con lenguaje coherente, estructurado y con vocabulario variado y construcciones gramaticales correctas. No obstante, mantiene un ausente o mínimo contacto visual con el interlocutor y realiza pausas prolongadas. El pensamiento es adecuado en forma y contenido y el estado de ánimo es coherente con la situación clínica y el contenido de la conversación. A través de la evaluación psicológica se identificaron: un estilo de afrontamiento distante^(8,9), factores de personalidad introvertida^(10,11) sumados a un estilo de vida autónomo, tendencia a delegar decisiones en el equipo sanitario, apoyo social y familiar mínimo, así como capacidad de emplear recursos materiales (ordenador, películas, música, internet, etc.) y de establecer metas vitales.

En octubre de 2007 comienza el tratamiento quimioterápico, que provoca complicaciones secundarias. Entre los ciclos de inducción y reinducción, presenta un cuadro psicótico agudo con alucinaciones y delirios de tipo paranoide focalizados en los profesionales sanitarios. Un mes después, ingresa en la Unidad de

Vigilancia Intensiva, con pronóstico vital limitado, por dificultad respiratoria severa de etiología fúngica. En diciembre de 2007 es dado de alta por la UVI y reingresa en el Servicio de Hematología para continuar con el tratamiento. En Marzo de 2008, la enfermedad hematológica se controló.

PROBLEMAS DEL PACIENTE

El listado de problemas que presenta el paciente es el siguiente:

- Ingreso hospitalario en una provincia diferente a la propia.
- No comprensión inicial de información médica.
- Familia ausente en el proceso de enfermedad y consecuente déficit en apoyo social.
- Alucinaciones y delirios paranoides en cuanto a médicos y personal de enfermería.
- Múltiples complicaciones médicas y grave empeoramiento del estado de salud, con relativa disminución de actividades gratificantes y disforia.
- Ingreso en la unidad de vigilancia intensiva (U.V.I.).
- Alta en U.V.I. y nuevo ingreso prolongado en la planta de hematología.

En definitiva, el paciente presenta, de forma progresiva durante la hospitalización:

- 1) Problemas de adaptación al ingreso hospitalario.
- 2) Falta de información médica.
- 3) Alucinaciones y delirios paranoides con médicos y personal de enfermería.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y FUNCIONAL DE LOS PROBLEMAS⁽¹²⁾

Problema 1. Ingreso hospitalario: problemas de adaptación.

A. Descripción de las conductas problema: cognitiva, fisiológica y motora.

El ingreso hospitalario de L.G. en Madrid, comunidad autónoma diferente a la propia, supuso dificultades añadidas al paciente, caracterizándose por desasosiego, así como un déficit de comunicación y de apoyo sociofamiliar en el afrontamiento a la enfermedad. Desde el ingreso hospitalario a cargo del Servicio de Hemato-Oncología en septiembre, hasta el ingreso en la Unidad de Vigilancia Intensiva, en noviembre, L.G. experimentó un malestar de intensidad creciente, alcanzando niveles elevados de *malestar emocional* (grado 7, de 0 a 10). Las conductas problema cognitivas más características fueron aburrimiento, sentimientos de abandono y soledad, incompreensión, tristeza, desesperanza e incapacidad para afrontar la enfermedad solo, apatía y anhedonia. Asimismo, se manifestaron expresiones verbales acerca de conflictos en la relación familiar, tales como: "Mi madre me estresa y agobia. No me deja tranquilo" o "Cada vez que viene mi madre me sube la tensión arterial".

Por otra parte, en lo concerniente al eje fisiológico, se manifestaban respuestas de ansiedad asociadas a pensamientos relativos a la hospitalización: aumento de la sudoración e incremento en la frecuencia cardíaca y respiratoria (hiperventilación).

En cuanto a las conductas motoras, el problema se reflejaba a través de la permanencia en el hospital durante los permisos vespertinos, la restricción no deseada de salidas a casa durante los fines de semana y la disminución de las actividades gratificantes, como paseos o distracción con recursos materiales. Gradualmente aumentó

la somnolencia matutina y se produjo un retraso de las actividades de autocuidado (ducha).

Él se mostraba de forma diferente con ambos progenitores: ante las visitas maternas, se producía alejamiento postural, conducta verbal agresiva del paciente e indiferente por parte de la madre, con conductas de rechazo y búsqueda alternadas. Sin embargo, durante las visitas del padre L.G. se mantenía indiferente, continuando con sus rutinas diarias.

B. Determinantes: estímulos antecedentes externos e internos.

L.G. procede de un nivel sociocultural bajo y de una familia con relaciones desestructuradas: los padres están divorciados y mantienen una dinámica familiar distante y de comunicación agresiva. La relación paterno-filial ha sido inexistente o de contacto mínimo durante años. Por otra parte, la relación de apego ambivalente con su madre refleja el modo suspicaz y desconfiado con el que L.G. se relaciona con el entorno.

El ingreso hospitalario, asociado a la enfermedad hematológica, generó en él un impacto físico, cognitivo, emocional y social inicial⁽⁴⁾, que se vio incrementado por el hecho de salir de su entorno y privarse de los beneficios materiales (hogar y pertenencias), sociales (amigos y familia) y psicológicos (las costumbres socioculturales; la sensación de seguridad y pertenencia a un grupo; menor percepción de soledad y aislamiento) que éste conllevaba. Tales antecedentes, sumados a los problemas básicos de comunicación familiar y a la adversidad generada por las pruebas diagnósticas y terapéuticas invasivas (punciones lumbares, inyecciones, efectos secundarios de quimioterapia, etc.), predispusieron al aislamiento social del paciente y a los problemas de adaptación hospitalaria.

C. Determinantes: estímulos consecuentes externos e internos.

A corto plazo, L.G. desarrolló distorsiones cognitivas⁽¹³⁾ relativas a la enfermedad, a sí mismo y a los otros. Se produjo magnificación de pensamientos negativos, minimización de eventos positivos, culpa por padecer la enfermedad y sobregeneralización de actuaciones estereotipadas por parte del equipo sanitario. Tales pensamientos eran congruentes con el estado de ánimo del paciente, el cual se caracterizaba por síntomas disfórico-depresivos (aburrimiento, apatía, disminución en el autocuidado) y de ansiedad. Además, con la finalidad de abstraerse de la situación adversa hospitalaria, el comportamiento de L.G. se basó en un aumento de la demanda al personal de enfermería y en la distracción individual, a través de, entre otras, la búsqueda de sensaciones con las que generar entretenimiento, como por ejemplo, la posibilidad de consumo de marihuana.

Por otra parte, es probable que como consecuencia de la falta de habilidades por parte de la familia y amigos para manejar el sufrimiento, la frecuencia de las visitas familiares comenzase a espaciarse en el tiempo, disminuyendo progresivamente el apoyo sociofamiliar.

Los problemas asociados al desplazamiento, sumados a la dinámica familiar desestructurada y a la ansiedad generada por el impacto que supone el diagnóstico de una enfermedad hematológica, así como la falta de habilidades sociales para relacionarse adecuadamente con L.G. a partir de tal hecho, precipitaron la ausencia de apoyo social al paciente, malestar emocional, ausencia de actividades distractoras, sensación de despersonalización y abandono, estado de ánimo disfórico y ansiedad. Más allá, al obtener la atención del equipo sanitario y la familia, el comportamiento desadaptativo del paciente se

vio reforzado positivamente, manteniéndose a su vez el malestar emocional. De este modo, tal estado disminuyó progresivamente la capacidad del paciente para distanciarse de la situación aversiva de enfermedad y hospitalización. En definitiva, el estrés relativo a la hospitalización y al diagnóstico, asociado con la ausencia de actividades de ocio, pudieron haber conducido al aislamiento social del paciente y a problemas de adherencia al tratamiento, empeorando así el estado de salud. Asimismo, podrían haber llegado a desembocar en un episodio depresivo⁽¹⁴⁾ y a disminuir la calidad de vida.

Problema 2. Falta de información médica:

A. Descripción de las conductas problema: *cognitiva, fisiológica y motora.*

Desde el diagnóstico, el estilo de afrontamiento a la enfermedad de L.G. fue de negación y evitación de información negativa, delegando la responsabilidad de las decisiones en el equipo sanitario, sin aceptar totalmente la realidad de la enfermedad. El deseo de no recibir información médica comenzó a suponer un problema en el momento en el que la negación de la realidad se tornó desadaptativa. Así, en un plano cognitivo, L.G. expresaba preocupación por las complicaciones a través de ideas irracionales⁽¹⁴⁾ sobre las mismas: ideas referenciales "Esto me pasa por haber comido mal...", culpabilizar al compañero de habitación "Lo del pulmón me lo ha pegado...", rumiaciones, y disonancia cognitiva en cuanto a la falta de información "No me dicen nada los médicos". En un plano motor, el no preguntar, el gesto de enfado y rabia y la inhibición en la respuesta verbal. Tales preocupaciones se manifestaban en forma de ansiedad a nivel fisiológico, mediante el aumento observable en la tasa respiratoria, elevación

del volumen de la voz y aumento de sudoración. Además, en cada complicación se daba dificultad respiratoria debido a la situación clínica.

B. Determinantes: estímulos antecedentes externos e internos.

Los antecedentes más relevantes para la desinformación fueron, probablemente, la dificultad en la fluidez de la comunicación entre los parientes y el bloqueo en la búsqueda de nuevos datos médicos, ya que L.G. evitaba información amenazante, frente a los intereses de otros miembros. Además, esta diferencia en los estilos de comunicación familiar, pudo verse incrementada debido a la pertenencia a un nivel sociocultural bajo.

C. Determinantes: estímulos consecuentes externos e internos.

La falta de información sobre la enfermedad y factores relacionados, generaba en L.G. alteraciones emocionales tales como rabia, culpa, tristeza, ansiedad e incertidumbre sobre las complicaciones. Además, no comprender adecuadamente el proceso de enfermedad y las implicaciones, son un precipitante claro para la falta de adherencia al tratamiento médico y a la desconfianza en el equipo sanitario, creándose una interferencia en la intervención de la enfermedad⁽¹⁵⁾. Ante la falta de preguntas sobre su estado, surgió un malentendido en el equipo sanitario sobre la percepción de información disponible por el paciente, pudiéndose habido llegar a un déficit en la comunicación equipo-paciente. Por otra parte, L.G. estableció conspiración de silencio sobre su situación clínica hacia la familia, reforzando tanto la desinformación familiar, como la propia soledad.

Problema 3. Delirios y alucinaciones paranoides en cuanto a médicos y al personal de enfermería:

A. Descripción de las conductas problema: cognitiva, fisiológica y motora.

Tras dos meses ingresado, L.G. sufrió un brote psicótico en el que los síntomas cognitivos más característicos fueron ideación delirante paranoide y alucinaciones auditivas: por una parte, refirió ser vigilado con cámaras y micrófonos por parte de la organización del hospital, y por otra, sentirse amenazado por el servicio de enfermería. En el contenido del delirio, el equipo de enfermería en complot con el servicio de seguridad del hospital, le controlaba mientras éste trataba de esconder cannabis. Tal cuadro paranoide remitió en el momento en el que L.G. se deshizo de la droga. No obstante, el delirio sobre las cámaras, los micrófonos y el control informático, se mantuvo. Además, mientras relataba el episodio, el ritmo de habla era acelerado y con descarrilamiento de ideas y manifestaba, fisiológicamente, ansiedad y rabia. Clínicamente presentaba anemia, aumento de tensión arterial y cefalea. En cuanto a la conducta motora, se caracterizaba por movimientos ausentes de finalidad (tocarse la cara, gesticulación aumentada, tics motores), evitaba el contacto ocular, salir de la habitación del hospital y el contacto con el personal sanitario.

B. Determinantes: estímulos antecedentes externos e internos.

Probablemente, los antecedentes remotos más influyentes en el problema fueron el bajo nivel sociocultural del que procede L.G., la desestructuración familiar y los rasgos de personalidad paranoide (susceptibilidad y desconfianza) del paciente. Por otra parte, los determinantes inmediatos fueron la soledad y pérdida de contacto

con el entorno, las actividades de ocio disminuidas, la ansiedad y los factores fisiológicos debidos a la enfermedad y al tratamiento médico. Finalmente, el factor determinante más importante fue el consumo de cannabis⁽¹⁶⁾.

C. Determinantes: estímulos consecuentes externos e internos.

Los consecuentes inmediatos del problema fueron respuestas agresivas hacia el personal de enfermería y el compañero de habitación, así como un aumento de la desconfianza en el personal de enfermería y un empeoramiento significativo en el trato paciente-personal sanitario. Además, la situación generó alteraciones como malestar y *distress*, rabia, culpa, ansiedad y tristeza. A largo plazo, otros consecuentes podrían ser la falta de adherencia al tratamiento y el empeoramiento del estado de salud.

DIAGNÓSTICO SEGÚN DSM-IV-TR⁽¹⁶⁾

Durante la etapa en que el paciente sufrió la crisis psicótica, el diagnóstico multiaxial fue:

Eje I: F12.51 Trastorno Psicótico inducido por cannabis, con ideas delirantes [292.11].

Eje II: No hay diagnóstico.

Eje III: Leucemia Mieloide Aguda.

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo y al ambiente social.

Eje V: EEAG: 41-50: Síntomas graves (ideación paranoide y alucinaciones auditivas) y alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (por ej., sin amigos, interrupción de actividad escolar o laboral).

TRATAMIENTO

A diferencia del modelo de interconsulta hospitalaria, en el que el paciente es

atendido a demanda, bien de otro profesional, bien del propio paciente o familiares, en la intervención preventiva se procede a valorar las necesidades psicológicas de los enfermos y su entorno a lo largo del proceso de enfermedad de una forma secundaria, complementaria e interdisciplinar al trabajo médico, favoreciendo así la comprensión holística psicológica, social y somática de la persona por parte del equipo sanitario⁽⁵⁾. El objetivo fundamental es potenciar los recursos personales del paciente para afrontar los conflictos y las preocupaciones prioritarias que surjan gradualmente, tratando de incrementar la percepción de control y el bienestar, por una parte, y de disminuir la ansiedad y sufrimiento, por otra⁽¹⁷⁾.

A continuación se presenta cronológicamente la intervención realizada en cada uno de los problemas emergentes que presenta L.G.

1. Ingreso hospitalario en una comunidad autónoma distinta de la propia.

Se procedió a potenciar los recursos de distracción y entretenimiento, así como a fomentar las salidas del hospital durante los permisos vespertinos y a dotar al paciente de una mayor percepción de control para manejar la despersonalización que provoca el entorno hospitalario, a través de: centrar la atención en los aspectos cotidianos de organización temporal de ocio y de dominio, y de ayudar en la reinterpretación de las actividades rutinarias (medicación, pruebas, transfusiones) desde la indefensión e impotencia hacia la controlabilidad (ej. Llevar un horario de tomas), oportunidad (ej.: "Nunca tengo tiempo para leer, voy a aprovechar ahora") y distracción (ej. Ver la TV durante la administración de quimioterapia). En el mismo sentido, se realizó solución de problemas y toma de decisión respecto a las actividades de ocio disminuidas y al estado de

ánimo disfórico, empoderándole mediante la realización de actividades gratificantes de forma cotidiana e instándole a encontrar una meta diaria⁽¹⁸⁾.

Por otra parte, se procedió a entrenar en L.G. pautas básicas de comunicación asertiva con el personal sanitario y con su entorno social, para favorecer una mejor autoeficacia y disminuir la sobrecarga al personal de enfermería. Además, dada la procedencia de una comunidad autónoma diferente, se entrenó a L.G. en estrategias para fijarse objetivos realistas en los momentos de visita familiar (ej. "Qué cosas necesito que traigan y se lleven", "Qué quiero decir").

En cuanto a la aparición de síntomas de ansiedad (opresión en el pecho, taquicardia y sensación de ahogo), una vez descartada etiología orgánica por el equipo médico, se procedió a valorar, acompañar, ventilar y reestructurar las preocupaciones de L.G., relativas a la enfermedad y la soledad. Se enseñó y practicó la técnica de desactivación emocional ajustada al paciente: control de la respiración y visualización de imágenes positivas.

2. Percepción de escaso apoyo sociofamiliar.

Ante el cambio en el modo de relacionarse con su entorno social, se potenció el uso de vías de comunicación alternativas, como internet, la telefonía o el correo convencional, de tal modo que pudiera mantenerse en contacto con los otros significativos. Además, se continuó favoreciendo la práctica de habilidades de comunicación asertiva, como evitar el reprochar la falta de apoyo a los iguales o el proporcionar información indiscriminada sobre la enfermedad o la expresión adaptativa de la rabia.

En lo que a la percepción de soledad en el afrontamiento a la enfermedad respecta, se trabajó la reestructuración cog-

nitiva a partir del entrenamiento de la empatía, poniéndose en el lugar del otro (ej. "¿Por qué no vienen a verme? Puede ser porque estoy lejos y es una situación difícil de manejar"). Otro de los recursos usados fue la coordinación con el voluntariado de la "Asociación Española Contra el Cáncer" (AECC), para facilitar el apoyo social.

3. Falta de información médica.

El cambio de perspectiva en el ámbito de la salud, ha supuesto una transición desde el paternalismo beneficiente hacia la extrema autonomía moral⁽¹⁹⁾. Así, la mera información médica, sin cuestionarnos qué es lo que el paciente necesita y quiere saber, sin asegurarnos de su comprensión y sin apoyo en la toma de decisiones, conduce inevitablemente a la desinformación o a la negación desadaptativas⁽²⁰⁾. De este modo, con la finalidad de disipar dudas y minimizar la incertidumbre, se exploraron cuáles eran las necesidades informativas de L.G. sobre su estado de salud y las opciones terapéuticas, así como los datos conocidos por la familia y la comunicación al respecto entre los diferentes miembros. Una vez averiguados los temas que preocupaban al paciente, se realizaron dos reuniones con el equipo sanitario, adaptadas a las características familiares, con el objetivo de plantear las cuestiones pertinentes al ritmo de L.G., resolver interrogantes y disolver la conspiración de silencio sobre la gravedad de la enfermedad que el propio paciente impuso a sus parientes. En el mismo sentido, para evitar posibles creencias erróneas sobre la enfermedad e interferencias con el tratamiento se favoreció la comunicación con el equipo sanitario a través de los espacios y horarios establecidos dentro del Servicio, resolviendo las dudas y las preocupaciones puntuales. Además, de manera paralela, periódicamente, se retroalimentaba al equipo médico acerca de la comprensión de la información del

paciente y la familia, y los posibles problemas o avances observados al respecto.

4. Trastorno psicótico inducido por cannabis.

El modelo de actuación preventiva^(4,5) favorece la detección primaria de factores de riesgo precipitantes de problemas psicopatológicos, así como de necesidades básicas en los pacientes, suponiendo una herramienta de intervención precoz que maximiza los efectos de la política multi/interdisciplinar, minimizando los costes, tanto personales, como institucionales. Un ejemplo claro es el acaecido con L.G.: en una de las visitas del equipo psicológico, se observó a L.G. huraño, distante e inquieto, de tal modo que, en entrevista, el paciente declara: "No se lo digas a nadie, hay cámaras y micrófonos. El personal de enfermería me trata mal". Ante un comentario de tales características y, tras profundizar en la conversación, se detectó ideación paranoide con respecto al personal de enfermería, consistente en la vigilancia al paciente con material audiovisual, invasión de la intimidad y burlas, generando en él rabia, ansiedad e impotencia. A partir de tal momento, se procedió a explorar la ideación y las características positivas y negativas de la psicosis, esto es: a) Determinar si se trataba de idea delirante (menos resistente a reestructuración y mejor pronóstico) o delirio (pensamiento rígido de difícil intervención, con posibilidad de ser incluido en la paranoia); b) Evaluar la consistencia y el contenido del delirio; c) Valorar la presencia de alucinaciones auditivas; d) Explorar la expresión emocional o la existencia de afectividad plana, e) Establecer una posible hipótesis etiológica, a contrastar con el equipo médico, y f) Contactar con el Servicio de Salud Mental.

L.G. declaró haber consumido cannabis hacía cuatro días. El contenido del delirio versaba acerca del consumo de la droga

y de la consecuente culpa. En tal sentido, el paciente sufrió alucinaciones en las que escuchaba conversaciones acerca de conspiración entre el personal de enfermería y de seguridad del hospital, según las cuales, le acaecería algún castigo. Como se expuso anteriormente, la crisis debutó con alteraciones emocionales e hipermotricidad coherente con la ansiedad que el delirio generaba. Atendiendo a las características del paciente, el contenido de culpa y el delirio de persecución fueron coherentes con la soledad y la falta de apoyo sociofamiliar en una situación traumática en la que el paciente se encontraba aislado entre elementos amenazantes (hospital, personal sanitario, diagnóstico grave, pronóstico negativo). Así, el momento en el que surgió la crisis (entre tratamientos quimioterápicos) fue importante y significativo, desencadenando defensas primarias de psicosis para escapar a la realidad tremendamente aversiva en la que L.G. se encontraba.

Tras la valoración de la cualidad de la psicosis, (no realizada en fase activa), se realizó psicoeducación sobre el cannabis, con el objetivo de prevenir la ocurrencia de un nuevo consumo. A continuación, valiéndonos del vínculo terapéutico y mediante comunicación empática y directa, se pactó con el paciente la información sobre la ocurrencia del episodio al equipo médico y al de enfermería con el objetivo de ayudarlo a mejorar su situación y minimizar el malestar. Por una parte, se informó al equipo médico sobre el brote psicótico y se acordó interconsulta al Servicio de Psiquiatría. Por otro lado, se comunicó la situación al personal de enfermería con la finalidad de evitar alarmismo, favorecer la empatía hacia L.G. y mantener la precaución ante posible agresividad del paciente.

La valoración psiquiátrica confirmó la sospecha diagnóstica: psicosis secundaria por consumo de cannabis, que fue tratada inicialmente mediante Zyprexa Velotab

10mg (1-0-1). Se procedió a valorar la resistencia o remisión del cuadro durante la siguiente semana. Así, a partir de este momento, la intervención se basó en devolver al paciente la percepción de control sobre la situación, normalizándola, validando la sensación de soledad e incompreensión, confrontándola y empoderándole en cuanto a los efectos secundarios de la medicación. En este punto, el paciente incluyó al personal de psiquiatría en la paranoia, alegando que trataban de encubrir al hospital para evitar denuncias por la instalación de cámaras y micrófonos.

Una semana después de la interconsulta a psiquiatría y, a pesar de los neurolepticos prescritos, el cuadro psicótico continuaba resistente. Tal hecho, llevó a cuestionar la etiología nuevamente, planteando, entre otras, la posibilidad de que el brote respondiese a una vulnerabilidad a la esquizofrenia que se podía haber desencadenado en circunstancias adversas o a que L.G. hubiese consumido cannabis nuevamente. Al valorar la situación con el paciente, se esclareció que no había adherencia al tratamiento psiquiátrico debido a los efectos adversos como la hipersomnia y a la falta de confianza en el personal de Psiquiatría, que, una vez informados, cambiaron la toma de medicación para minimizar la somnolencia. No obstante, una semana después (dos tras la interconsulta e inicio del brote), el cuadro continuaba sin remitir: nuevamente, el paciente evitaba los antipsicóticos debido a un aumento de sus pensamientos delirantes sobre psiquiatría "La última vez que vinieron estaban más amables de lo normal, querían convencerme de que no denunciase al hospital y que me tomase pastillas". Debido a esta última complicación del cuadro, se descartó la adecuación de una nueva visita por parte del personal psiquiátrico. Así, con la finalidad de favorecer la ingesta de medicación, se coordinó con el equipo de enfermería el control del paciente durante la toma de

neurolepticos. Consecuentemente, el delirio comenzó a ceder, mostrando menor resistencia a la reestructuración y la confrontación.

En este momento, pese a haber sido esperable desde el principio, se incluyó al personal de psicología en la paranoia "Estás compinchada con los psiquiatras y los médicos, les fuiste con el cuento de las alucinaciones y por eso estoy así". Al ser menos rígida la ideación, la intervención se manejó fácilmente a través de reestructuración cognitiva y comunicación asertiva.

Finalmente, la psicosis remitió completamente un mes después de su primera aparición.

5. Complicación pulmonar aguda.

En noviembre de 2007, debido a las complicaciones clínicas, se indicó el ingreso en la Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI), con mal pronóstico vital. La intervención psicológica en este momento se dividió en dos líneas paralelas, basándose en la prevención de respuesta de ansiedad-pánico tanto en el paciente, como en la familia, que no tenía una percepción apropiada sobre su situación. De esta manera, se procedió, a través de *counselling* y protocolo de malas noticias, a informar a L.G. sobre la posibilidad del traslado a UVI, así como a valorar qué personas del entorno familiar desearía que le acompañaran en el proceso. Por otra parte, se valoró la percepción de gravedad por parte de la madre, información y grado de comprensión poseídas; se evaluó si la problemática se debía a una negación de la situación; se favoreció la solución de dudas mediante un protocolo de información a familiares en el que participan médico y psicólogos.

En cuanto al equipo sanitario, con la finalidad de maximizar el proceso comunicativo, se puso al corriente al médico encargado de informar a la familia sobre

la necesidad de explicaciones básica, proceso de enfermedad y estado actual con un lenguaje claro y conciso además del estilo de afrontamiento de L.G., evitativo y negador de malas noticias, y la falta de información compartida por los familiares y el paciente.

RESULTADOS

Actualmente, el estado clínico de L.G. se caracteriza por remisión completa de la enfermedad hemato-oncológica, habiendo concluido el tratamiento quimioterápico, con revisiones trimestrales. La duración del ingreso hospitalario fue de seis meses, con dos permisos intermedios. Debido a las características del caso, la opción de aplicar trasplante de médula ósea fue descartada.

En marzo de 2008, L.G. se encontraba adaptado a su situación biopsicosocial, de tal modo que era conocedor de su situación clínica, de la periodicidad de las revisiones médicas, así como del pronóstico y opciones terapéuticas en caso de recidiva. Por otra parte, en lo relativo al estado psicológico, tras las complicaciones descritas a lo largo del artículo, se realizaron sucesivas entrevistas, con el objetivo de determinar la presencia o ausencia de problemática psicopatológica, en especial, la relativa a la psicosis paranoide. En el seguimiento psicológico no se detectó nueva psicopatología y L.G. manejaba información acerca del cuadro psicótico, reconocía el carácter irreal de las percepciones paranoides y las asociaba al consumo de cannabis, además de disponer de recursos psicoeducativos, comunicativos y de vínculo terapéutico con los que poder hacer frente a una nueva crisis en caso necesario.

Finalmente, en otro orden de cosas, se cree conveniente destacar que, a través de la observación directa y la evaluación mediante entrevista basada en el Inventario de Crecimiento Postraumático⁽²¹⁾, la evolu-

ción en el paciente desde el momento de ingreso hasta la actualidad en el sentido apuntado por Calhoun y Tedeschi⁽²¹⁾, de tal manera que L.G. manifestaba: 1) *Cambios en uno mismo*: Aceptaba sus límites personales y mostraba mayor autocontrol, hechos que le llevaban a mejores niveles de competencia y sensación de autoeficacia, influyendo positivamente en la autoestima; Mayor percepción de control, debido a la disminución del nivel de indefensión relacionado con la sintomatología, la soledad y la pérdida de autonomía; Mejoría en las habilidades de confrontarse con las propias preocupaciones y temores; Mayor capacidad en la expresión emocional. 2) *Cambios en las relaciones interpersonales*: L.G. cooperaba, se mostraba más tolerante y empático con los demás (equipo sanitario, pacientes, familiares) y con menor irritabilidad; Reinterpretaba el escaso apoyo sociofamiliar explicándolo desde otras perspectivas (p.ej.: imposibilidad de realizar visitas por problemas externos). 3) *Cambios en la filosofía de vida*: en las prioridades, aspiraciones y motivaciones personales, con mayor enfoque hacia el bienestar; el paciente desarrolló actividades intelectuales y demandaba entrenamiento en habilidades sociales, "Para ser mejor persona", como decía él; Abrazaba la vida con mayor intensidad, aprovechando cada oportunidad, tratando de aprender al máximo de toda experiencia; Demostró cambios en los valores y en las creencias espirituales, mostrando más seguridad respecto a su propio lugar en el mundo, la influencia de los demás en él y viceversa.

CONCLUSIONES

El diagnóstico de una enfermedad oncológica supone una interrupción con respecto al funcionamiento de vida anterior, las expectativas previstas y el modo de relacionarse consigo mismo y con el entorno⁽²²⁾. Es una situación novedosa, crítica,

que paraliza el proyecto vital al completo, acuciándonos con amenazas, en ocasiones estigmatizadoras, y en otras muchas, reales, acerca de la pérdida de salud, la afectación del bienestar y la calidad de vida, e, incluso, la muerte. De este modo, la intervención psicooncológica habrá de atender a la variabilidad individual que tal proceso conlleva, promoviendo la adaptación a la enfermedad con el objetivo de disminuir el sufrimiento y potenciar el bienestar físico y psicológico. A través de la actuación preventiva se ayuda al paciente a identificar los motivos que originan el malestar para eliminarlos o reducirlos al máximo, así como a movilizar los propios recursos personales o, cuando éstos falten, a practicar las técnicas de nueva adquisición terapéutica. Esto es, en palabras de Pilar Arranz, “bailar al ritmo del paciente”, acompañarle a lo largo del proceso de enfermedad en su individualidad, con sus penas y alegrías, mientras reconstruye la experiencia a su medida.

De forma añadida, la prevención permite detectar precozmente problemas emergentes que dificultan o interfieren en la adherencia al tratamiento, tal como ilustra el cuadro psicótico del presente artículo, y que generan malestar añadido. De este modo, es factible realizar una intervención temprana, multi/interdisciplinar, que priorice el bienestar y los beneficios para el paciente y la familia de una forma efectiva, minimizándose, paralelamente, los costes para el equipo sanitario. En este sentido, es esencial aunar los esfuerzos para prevenir, más que para paliar, la problemática asociada a la enfermedad y a los tratamientos médicos, procediendo *desde* y actuando *con*, más que *sobre*, el paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Folkman S, Lazarus RS. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Ediciones Martínez Roca; 1986.
2. Barbero J, Peralta V, López-Fando T, Alameda A. Los recursos personales en el afrontamiento a la enfermedad. Póster de investigación presentado en las I Jornadas de Psicooncología Integradora. Girona, 7 al 9 de Junio de 2007.
3. Folkman S, Greer S. Promoting psychological well-being in the face of serious illness: When theory, research and practice inform each other. *Psychooncology* 2000; 9: 11-19.
4. Arranz P, Coca C. Intervención psicológica en un servicio de Hemato-Oncología. En: Remor R, Arranz P, Ulla S, editores. *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2003. pp. 640-78.
5. Sanz J, Modolell E. Oncología y Psicología: Un modelo de interacción. *Psychooncología* 2004; 1 (1): 3-12.
6. Buckman, RA (2005). Breaking bad news: The SPIKES strategy. *Commun Oncol*, 2(2): 138-42.
7. Muñoz M. Manual práctico de evaluación psicológica clínica. Madrid: Síntesis; 2003.
8. Greer S. Psychological response to cancer and survival. *Psychol Med* 1991; 21:43-9.
9. Folkman S, Lazarus R.S, Dunkel-Schetter C, Delongis A, Gruen R.J. Dynamics of stressful encounter: cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *J Pers Soc Psychol* 1986; 50: 992-1003.
10. Costa PT, McCrae, R.R. NEO PI-R, Professional Manual. Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI). Odessa, FL.: Psychological Assessment Resources; 1992.
11. Cervone D, Pervin LA. Teoría del rasgo: modelo penta factorial; aplicaciones y evaluación de los enfoques del rasgo en la personalidad. En Cervone D, Pervin, LA. *Personalidad. Teoría e Investigación*, 2ª Ed. México: El Manual Moderno; 2009. p. 214-47.
12. Cruzado JA. La formulación clínica en psicooncología: un caso de depresión, aversión a alimentos y problemas maritales en

- una paciente de cáncer de mama. *Psicooncología* 2006, 1 (3): 175-87.
13. Beck, A, Rush J, Shaw BF, Emery, G. *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer, 1992.
 14. Lega L, Caballo V, Ellis A. *Teoría y práctica de la Terapia Racional Emotiva Conductual*. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, 1997.
 15. Meichenbaum D, Turk D.C. *Cómo facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos*. Guía práctica para los profesionales de la salud. Bilbao: Desclée de Brouwer, 1991.
 16. Asociación Americana de Psiquiatría. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-Texto Revisado (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson, 2002.
 17. Bayés R. *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Martínez Roca; 2001.
 18. Frankl VE. *El hombre en busca del sentido*. Barcelona: Herder, 2004.
 19. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Med Clin (Barc)*, 2001; 117 (7): 262-73.
 20. Arranz P, Barbero J, Barreto P, Bayés R. *Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos*. Barcelona: Ariel; 2003.
 21. Calhoun LG, Tedeschi RG. *Facilitating posttraumatic growth*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1999. p. 73-4.
 22. Cruzado JA, Olivares ME. *Intervención psicológica en pacientes de cáncer*. En: Buceta JM, editor. *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades*. Madrid. Pirámide; 1996.

