



Evaluación e intervención psicológica en un caso de trastorno adaptativo mixto en una mujer con Arnold–Chiari tipo I

Patricia Fernández Martín

Psicóloga Interno Residente
Hospital de Galdakao. Bizkaia

Resumen

En este artículo se presenta el estudio de un caso de trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo, en una mujer con diagnóstico Arnold–Chiari tipo I. Se ofrece una propuesta de intervención psicológica de orientación cognitivo–conductual.

Se analizan los problemas expresados a nivel fisiológico, motor y cognitivo, y la relación funcional entre éstos y la manifestación del trastorno. Se exponen asimismo los determinantes y antecedentes de la conducta problema. Como métodos de evaluación se empleó una entrevista de elaboración propia, y los cuestionarios HAD, y BDI y un cuestionario de evaluación conductual diseñado por Raimon Gaija (1993).

La intervención se estructuró en 10 sesiones clínicas de una hora de duración, de periodicidad quincenal. Los resultados evidencian la eficacia de la intervención.

Palabras clave: Arnold–Chiari, terapia cognitivo–conductual, terapia de aceptación y compromiso, trastorno adaptativo mixto, terapia psicológica adyudante.

Introducción

Se presenta el caso de una mujer de 36 años, que cumple los criterios diagnósticos para un Trastorno Adaptativo Mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo; el estresante principal es el diagnóstico de Arnold–Chiari tipo I.

La paciente convive junto a su pareja desde hace dos años llevando catorce años de relación. Tienen una hija de 22 meses y una sobrina que convive con ellos los fines de semana.

Es la pequeña de siete hermanos, con su padre mantiene buena relación. A su madre la

describe como una mujer rígida y autoritaria y exigente con la que se siente incomprendida.

Ha trabajado en diversos trabajos que le han exigido gran esfuerzo físico: operaria arreglando grúas, en cadenas de pinturas y en una empresa hidráulica.

A los 32 años, tuvo un accidente de tráfico que le paralizó el brazo derecho y le produjo un golpe intenso en el esternón. Fue el desencadenante del comienzo de su enfermedad, ya que empezó a sufrir intensos dolores muscula-



res que le obligaron a acudir a su médico de cabecera reiteradamente hasta que se consiguió tras 2 años de insistencia, a través de una resonancia, confirmar el diagnóstico de enfermedad Chiari tipo I.

La malformación de Chiari consiste en un desplazamiento hacia debajo de la porción caudal del cerebelo y, a veces, del tronco cerebral cerebral, que se encuentran situados por debajo del foramen magno.

La causa exacta de la malformación Chiari es desconocida. Chiari las clasificó en cuatro tipos: en el caso de la paciente están descendidas las amígdalas cerebelosas.

La cirugía está indicada en casos sintomáticos, especialmente como en el caso de la paciente, si hay deterioro clínico o el paciente presenta síntomas invalidantes. El índice de éxito oscila entre 50–85%.

Entre estos pacientes es común un peregrinaje por psicólogos y psiquiatras al tener un cuadro tan poco evidente y que muchas veces se confunde. Los síntomas experimentado por la paciente fueron: dolor de cabeza, fatiga, torpeza general, presión en el cuello, pérdida de libido, disfunción en habilidades motoras, dolor de espalda, presión en los oídos, náuseas... El síndrome está poco reconocido, con un retraso en el diagnóstico de alrededor de cinco años tras la aparición de síntomas.

La paciente fue sometida a cuatro operaciones quirúrgicas, debido a complicaciones en el post-operatorio, con necrosis que obligó a injerto de piel de pierna en el cráneo. Su alta hospitalaria fue dada a los 3 meses, siendo la evolución confusa debido a la desinformación y la no desaparición de síntomas iniciales. Actualmente tiene como secuelas calvicie y cicatrices externas en el cráneo que le obligan a llevar peluca.

Es derivada por el servicio de neurocirugía de su hospital de referencia. Como motivo de

consulta la paciente expresa su deseo de recuperar el “control de su vida” y las “ganas de vivir”. Contempla las sesiones como un espacio donde expresar emociones, cambiar la forma de percibir y aceptar su enfermedad recuperando a la vez actividades que ha dejado de hacer.

Muestra alta motivación desde el inicio, su contacto es adecuado definiéndose como mujer optimista, alegre, comunicativa con discurso coherente. Cuenta con apoyo social y familiar adecuado. Las quejas que trae a consulta son: dificultades para aceptar y asumir la enfermedad, estado de ánimo bajo, episodios de llanto incontrolados, sobreingesta e hipersomnia.

La terapia se ha basado en el esquema de la Terapia Psicológica Adyudante, modelo propuesto por Moreey y Creer en 1989, como programa cognitivo-conductual que adapta la Terapia Cognitiva de Beck a la intervención psicológica de personas con cáncer. Elegimos este modelo por ser una terapia comprobada, estructurada, breve, focalizada en el problema y participativa.

METODO

1. Análisis de los problemas:

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

A nivel fisiológico, la paciente refiere hipersomnia (llega a dormir 14 horas), irritabilidad, cambios de humor, llanto incontrolado, pérdida de deseo sexual y tensión muscular. Como síntomas físicos asociados a la enfermedad aparecen fatiga, dolor intenso, parestesias, cansancio, hormigueo constante y dolores musculares.

A nivel motor se han generalizado conductas de evitación de situaciones sociales: no va a la piscina por vergüenza a cambiarse en el ves-



tuario; menos interés en el contacto social. Ha habido un gran descenso del nivel de actividad, no sólo ha dejado toda actividad distractora, social, sino que tampoco lleva a cabo sus obligaciones en el hogar por sus evidentes limitaciones físicas. Necesita ayuda externa y está pendiente de incapacidad absoluta.

A nivel cognitivo, hay que resaltar la indefensión, incontrollabilidad e incertidumbre que genera en la paciente la situación que está viviendo. Los sentimientos de indefensión afloran por lo inesperado de los diagnósticos y el peregrinaje previo al diagnóstico de la enfermedad. Esto genera sentimientos de vulnerabilidad, pensamientos catastrofistas que se expresan también a nivel fisiológico y motor. La incertidumbre se genera ante la imposibilidad de predecir los acontecimientos y la falta de información respecto a su pronóstico (¿qué puedo y no puedo hacer...?)

Entre las distorsiones cognitivas, resalta la idea interiorizada de que ha de ser competente y saber resolver todo si quiere considerarse necesaria y útil. Le ha podido influir la alta exigencia por parte de la madre que no entiende ni respeta su enfermedad obligándole a cumplir con tareas de hogar cada vez que la paciente visita su casa.

Aparecen frecuentes pensamientos de inutilidad cada vez que se muestra incapaz de realizar algo que solía hacer o cuando no logra “disfrutar de la vida” como hacía antes.

Muestra un bajo nivel de autoestima, relacionado principalmente con el gran descenso en su nivel de actividad, que la priva de toda actividad gratificante. Hay una dificultad para asumir su nueva imagen, debido a la calvicie y cicatrices externas en cráneo. Esto ha contribuido al descenso en su nivel de autoestima.

2. Determinantes:

Como estímulos antecedentes externos, el ingreso prolongado de tres meses tras cuatro

operaciones, la ausencia de información en cuanto al pronóstico y sobre todo que los síntomas no hayan desaparecido tras la intervención y sigan siendo tan invalidantes.

Como estímulos antecedentes internos, aparecen la alta autoexigencia o la falta de entendimiento por parte de su madre y la inutilidad y frustración a la hora de desenvolverse en una amplia variedad de tareas.

3. Evaluación:

Se administraron tres cuestionarios: La Escala de Ansiedad y Depresión en el Hospital (HAD), el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el cuestionario de evaluación conductual de Raimon Gaija.

En la adaptación española del HAD la paciente obtuvo una puntuación de 8 en escala de ansiedad, y de 12 en la de depresión, que son criterio para la consideración de caso clínico en ambos cuadros.

La versión española del inventario de Depresión de Beck (BDI) sitúa la paciente en el rango de depresión moderada (puntuación de 27).

Los datos obtenidos confirman el diagnóstico de Trastorno Adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo, en base al cual se estructura la terapia.

4. Análisis funcional y objetivos:

Como hipótesis de origen se plantea que el diagnóstico de Arnold-Chiari, la ausencia de información sobre el pronóstico, la falta de entendimiento por parte de su madre, han confluído en una situación que la paciente vive con incertidumbre, indefensión y ausencia de control, dando origen al trastorno y expresándose con sintomatología ansiosa y depresiva.

Las consecuencias se aprecian en los tres niveles de respuesta: en el motor con conductas de evitación y descenso en el nivel de acti-



vidad; en el fisiológico, con la confluencia del efecto de las cirugías, con las reacciones de llanto, hipersomnia, tensión muscular y fatiga; y en el cognitivo, influido por la presencia de distorsiones cognitivas y pensamientos negativos. Estos efectos en el triple sistema de respuesta conducen a un aumento de los síntomas depresivos y ansiosos, así como un descenso en los niveles de autoestima. Todo ello retroalimenta el cuadro de incertidumbre, indefensión e incontrolabilidad.

Se establecieron como objetivos generales de la intervención psicológica adquirir un modo de afrontamiento efectivo a su situación, mejorar el estado de ánimo y disminuir la ansiedad; en suma, recuperar los niveles de funcionamiento previos.

Los objetivos específicos que nos planteamos fueron:

- Aumentar el nivel de actividad mediante una planificación de actividades placenteras.
- Mejorar la calidad del sueño a través de técnicas higiene del sueño.
- Reducir ansiedad y frenar la hiperfagia con el empleo de técnicas de relajación.
- Mejorar conductas de evitación y adquirir habilidades de afrontamiento mediante reestructuración cognitiva.
- Aceptar nueva imagen física para mejorar autoestima.
- Técnica de ventilación de sentimientos que ayuden a expresar y comunicar mejor sus problemas.
- Aumentar el nivel de información debido a la desinformación y el sentimiento de soledad para compartir experiencias de su enfermedad junto a los profesionales médicos.

5. Planificación de la intervención psicológica:

A continuación se describe las técnicas terapéuticas utilizadas con la paciente y los resultados obtenidos con el empleo de cada una de ellas.

5.1 Planificación de actividades:

Desde el inicio de las consultas planteó como objetivo primordial “poder activarse en la medida que las limitaciones físicas se lo permitieran” ya que “le duele no se autosuficiente”.

Se elaboró un listado de actividades pasadas, presentes y futuras, con especificación del costo conductual actual y nivel de refuerzo pasado o potencial y plan de actividades semanal. Las actividades escogidas fueron: ir a la piscina, andar, leer un libro, apuntarse a talleres, ver películas...

Se comienza a planificar situaciones de exposición semanales y la cumplimentación de un autorregistro: situación, emoción, pensamiento y conducta; su finalidad era identificar las características diferenciales en los días en los que su estado de ánimo era superior.

5.2 Ventilación de sentimientos:

Se empleó esta técnica con el fin de favorecer la liberación de sentimientos y desahogar las emociones contenidas.

Se consiguió a través de la escucha empática y sin pronunciar juicios de valor, intentando generalizar esta técnica a su realidad cotidiana.

5.3 Higiene del sueño:

Se propuso tres medidas de control estimular: uso de despertador para levantarse a una hora fija, eliminación de períodos de somnolencia diurna, establecimiento de una rutina para acostarse a una hora fija.

No alcanzamos los objetivos fijados ya que la paciente necesitaba dormir para “estar de buen humor y evitar el cansancio que la superaba”.

5.4 Técnicas de relajación:

El objetivo era reducir la activación fisiológica. Aplicamos la relajación progresiva de Jacobson, explicando y demostrando la técnica en una sesión. Se le animó a practicarla diariamente.



te una vez al día antes de acostarse. A la vez se le instruyó en la respiración diafragmática y se añadió escenas de visualización de escenas relajantes.

Cumplió con las indicaciones y se redujo eficazmente el nivel de tensión muscular.

5.5 Psicoeducación:

Se le animó a buscar información fiable en páginas web sobre los síntomas y indicaciones de su enfermedad. Se le puso en contacto con asociación de enfermos y familiares de Arnold-Chiari.

Se intentó ayudar a resolver temas burocráticos: acudir al abogado, logro de la incapacidad absoluta, preparar visita al tribunal médico.

Debido a la evidente desinformación, se le animó del mismo modo a solicitar información al médico de referencia.

5.6 Terapia cognitiva:

Se explicó el modelo cognitivo de Beck en una sesión, utilizando como ejemplos sus pensamientos automáticos negativos: “mi vida no vale la pena”; “nada tiene sentido”... Se incluyó dos columnas para la consiguiente discusión cognitiva que pudiera favorecer la generación de cogniciones alternativas, buscando una nueva interpretación en términos flexibles y realistas y cuestionando la validez de los pensamientos negativos automáticos.

RESULTADOS:

De un modo cualitativo se observaron cambios en el triple sistema de respuesta:

–nivel fisiológico:

- Mejoría de su nivel de ansiedad, irritabilidad y manifestaciones.
- Llanto más controlado, e incluso con elección de un espacio y tiempo específicos para llorar.
- Reducción de la tensión muscular y mejor manejo del dolor y fatiga crónica.

- Se mantiene la hipersomnia y sobreingesta; la recuperación del deseo sexual está siendo gradual.

–nivel motor:

- Mejora en las conductas de evitación social: ha conseguido ir a la piscina; relacionarse mejor.
- Ha mejorado la ansiedad social que antes atribuía a la peluca.
- Ha desaparecido la agitación.

–nivel cognitivo:

- Mejoría en disminución de pensamientos de inutilidad e incompetencia.
- Nivel más adaptativo en pensamiento catastrófico.

DISCUSION:

A la vista de los resultados, la intervención psicológica de orientación cognitivo-conductual que se ha planteado, ha resultado eficaz en el caso de esta paciente con trastornos adaptativo mixto. Se ha llevado a cabo una intervención basada en una psicoterapia de comprobada eficacia, la TPA, aunque combinando sus elementos en función de las necesidades de la paciente.

La TPA tiene como características ser estructurada, breve, estar focalizada en el problema y ser participativa. Hace uso de la tareas para casa y emplea una variedad de técnicas de tratamiento: conductuales, como la relajación, las tareas graduadas y la planificación de actividades; técnicas cognitivas, como el registro de pensamientos automáticos, estrategias cognitivas de afrontamiento y reestructuración cognitiva; así como métodos no directivos como la ventilación de sentimientos que se empleó a lo largo de toda la terapia.

En el buen desarrollo de la intervención hay que mencionar la importancia del alto grado de motivación, implicación y participación de la paciente en la terapia. También el sólido apoyo



familiar y social contribuyó al progreso de la terapia. Su marido se mostró especialmente comprensivo durante el proceso y contó con el cariño incondicional de sus hijas, especialmente valorado por ella.

Considero que el empleo de estrategias terapéuticas derivadas de la terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) podría ser un complemento necesario y útil para la intervención psicológica con estos pacientes. Esta terapia nace dentro de las terapias contextuales o terapias de conducta de tercera generación. Se trata de un sistema clínico orientado al tratamiento de personas que muestran patrones de evitación experiencial destructivo, y se está mostrando útil para las personas cuyo diagnóstico de enfermedad grave se ha convertido en una “barrera” en su vida.

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) propone a los clientes de la terapia aceptar y experimentar los eventos privados sin someterlos a un ‘juicio valorativo’, a la vez que les propone perseguir los valores y objetivos relevantes para su vida. Consiguientemente, la ACT no se centra en el cambio de la experiencia privada ni de los síntomas presentados, sino en su aceptación y al mismo tiempo en la orientación de la persona hacia objetivos valiosos a pesar de tal experiencia y demás síntomas.

Contacto:

Patricia Fernández Martín
Servicio de Psiquiatría
Hospital de Galdakao
e-mail:

PATRICIA.FERNANDEZMARTIN@osakidetza.net



BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association (APA). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)*. Barcelona: Masson; 1995.
2. Vázquez I. *Técnicas de Relajación y Respiración*. Madrid: Editorial Síntesis; 2001.
3. Fernández A, Rodríguez B. *La práctica de Psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas*. Bilbao. Desclée de Brouwer; 2001.
4. Caballo VE, editor. *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. 3ª edición. Madrid: Siglo XXI de España Editores; 1995.
5. Olivares J, Méndez FX. *Técnicas de Modificación de Conducta*. 2ª edición. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva; 1998.
6. Greer S, Moorey S, Baruch JD, Watson M, Robertson BM, Mason A, et al. Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: a prospective randomised trial. *Br. Med. J.* 1992; 304: 675–80.
7. Morrey S, Greer S. *Psychological Therapy for patients with cancer. A new approach*. Londres: Heinemann Medical Book; 1989.
8. Kelly, Wilson G., Soriano C. *Terapia de Aceptación y Compromiso. Un tratamiento orientado a los valores*. Madrid. Editorial Pirámide, 2002.