

**UNIVERSIDAD PANAMERICANA**  
Facultad de Humanidades  
Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social



**Estudio de caso: Depresión en mujer de 35 años con cáncer de mama,  
atendida en la clínica GRIJMA, anexo San Marcos**  
(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

María Leonor Castro Velásquez

San Marcos, abril 2019

**Estudio de caso: Depresión en mujer de 35 años con cáncer de mama,  
atendida en la clínica GRIJMA, anexo San Marcos**  
(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

María Leonor Castro Velásquez

Lic. Carlos Grijalva Barrios (Asesor)

M.A. Eymi Castro (Revisora)

San Marcos, abril 2019

## **Autoridades Universidad Panamericana**

Rector	M.Th. Mynor Augusto Herrera Lemus
Vicerrectora Académica	Dra. Alba Aracely Rodríguez de González
Vicerrector Administrativo	M.A. César Augusto Custodio Cobar
Secretaria General	EMBA Adolfo Noguera Bosque

## **Autoridades Facultad de Humanidades**

Decano	M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Vice Decano	M.Sc. Ana Muñoz de Vásquez

**UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, octubre de 2016. -----**

*En virtud de que el Informe Final de la Sistematización de Práctica Profesional Dirigida, con el tema: " Estudio de caso: Depresión en mujer de 35 años con cáncer de mama, atendida en la clínica GRIJMA, anexo San Marcos". Presentada por el (la) estudiante: **María Leonor Castro Velásquez**, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.*

  
**Licenciado Carlos Grizalva**  
**Asesor**

**UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, marzo de 2019.** -----

*En virtud de que el Informe Final de la Sistematización de Práctica Profesional Dirigida, con el tema: “Estudio de caso: Depresión en mujer de 35 años con cáncer de mama, atendida en la clínica GRIJMA, anexo San Marcos”. Presentada por el (la) estudiante: **María Leonor Castro Velásquez**, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.*



**M.A. Eymi Castro de Marroquín**  
**Revisor**



# UPANA

Universidad Panamericana  
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala abril del dos mil diecinueve. -----

En virtud que el informe final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema **"Estudio de caso: Depresión en mujer de 35 años con cáncer de mama, atendida en la clínica GRIJMA, anexo San Marcos"**, presentado por el (la) estudiante **María Leonor Castro Velásquez** reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, esta Decanatura extiende **Dictamen de Aprobación** previo a optar grado académico de la Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social , para **que el (la) estudiante proceda a la entrega oficial en Facultad.**



**M.A. Elizabeth Herrera de Tan**  
**Decano**  
**Facultad de Humanidades**

**Nota:** Para efectos legales, únicamente el sustentante es responsable del contenido del presente trabajo.

# Contenido

<b>Resumen</b>	i
<b>Introducción</b>	ii
<b>Capítulo 1 Marco de Referencia</b>	
1.1 Antecedentes	1
1.2 Descripción	1
1.3 Ubicación	1
1.4 Organización	2
1.5 Organigrama	2
1.6 Visión	3
1.7 Misión	3
1.8 Programas Establecidos	3
1.9 Justificación de la Investigación	3
<b>Capítulo 2 Marco Teórico</b>	
2.1 Aspectos que afectan a una persona que padece de cáncer	5
2.1.1 Definición	5
2.1.2 Síntomas	6
2.1.3 Causas	6
2.1.4 Factores de riesgo	7
2.1.5 Prevención	8
2.2 Estrés	8
2.3 Ansiedad	9
2.4 Depresión	10
<b>Capítulo 3 Marco Metodológico</b>	
3.1 Planteamiento del problema	13
3.1.1 Problemática del caso de estudio	13
3.2 Pregunta de investigación	14
3.3 Objetivo General	14



3.4	Objetivos Específicos	14
3.5	Alcances y límites	14
3.5.1	Alcances	14
3.5.2	Límites	15
3.6	Método	15
3.7	Procedimiento	15

#### **Capítulo 4 Presentación de Resultados**

4.1	Sistematización de Estudio de Caso	17
4.2.	Análisis de Resultados	25
	Conclusiones	27
	Recomendaciones	28
	Referencias	29
	Anexos	30

#### **Lista de imágenes**

Imagen No. 1	Organigrama	2
--------------	-------------	---

## **Resumen**

La presencia de los trastornos psicopatológicos en paciente oncológico ha sido ampliamente documentada. Por lo tanto, se realizó el estudio de un caso sobre la incidencia de depresión en una mujer de 40 años que padecía de cáncer de mama.

En el capítulo 1: Marco de referencia: En este apartado se presenta información del centro de practica donde se realizó la investigación.

En el capítulo 2: Marco teórico: Se describe la información sobre temas de la investigación de depresión, como sus causas, consecuencias, signos, síntomas, criterios diagnósticos y tratamiento terapéutico.

En el capítulo 3: Marco metodológico: Se menciona el planteamiento del problema, la pregunta de investigación, los objetivos, los alcances y el método a utilizar en el proceso de la investigación.

En el capítulo 4: Presentación de resultados: En este paso se describe, el caso estrella que fue diagnosticado en el tema de investigación. Conclusiones y recomendaciones como resultado final del estudio de trastornos de depresión.

## **Introducción**

La presencia del cáncer en nuestra sociedad actual es una constante palpable no solo en las estadísticas y estudios científicos, sino en el lenguaje cotidiano de nuestro día a día e incluso de ver las cosas. Como patología, conlleva unos cambios en todos los niveles de la persona: físico (cambios en apariencia física, consecuencias del tratamiento), emocional (variabilidad de reacciones, emociones y sentimientos), cognitivo (personalidad, estilos de afrontamiento y adaptación), social y espiritual.

Conlleva sufrimiento, pero a la vez, capacidad y posibilidad de transformación. Aprendemos, o intentamos, convivir con él. Este aprendizaje pasa no solo a nivel individual, de quien lo sufre, sino también a nivel familiar y social.

La medicina, desde su origen, se ha preocupado por la persona, por abordar y paliar el sufrimiento humano, por restablecer al máximo la salud cuando ésta empieza a perderse. Su intervención quizá ha ido cambiando a lo largo de los años, los siglos, pero no su espíritu.

En esta evolución, la medicina ha pasado de una intervención basada en los aspectos más fisiológicos y el tratamiento de los síntomas. Se atiende a la persona en todas sus dimensiones. Se encuentran aspectos relevantes dentro del aspecto social, como el espacio de acogida, la luz, el saber comunicar las noticias, gestionar los horarios de visita... adquieren cada vez más importancia dentro de la salud. Pues afectan a la persona, a la manera de vivir su enfermedad y afrontarla e incluso en el rendimiento y eficacia del tratamiento médico.

La necesidad, cada vez más emergente, de tratar a la persona (o ser tratada) como un ser único, integral, nos plantea retos, intervenciones que van más allá de lo estrictamente médico. Como agentes de salud Mental somos el apoyo idóneo para levantar al paciente emocionalmente, acerca del trauma que puede obtener solo con la palabra cáncer.

# **Capítulo 1**

## **Marco de Referencia**

### **1.1 Antecedentes**

En el año 2010 se funda la clínica GRIJMA en el departamento de Quetzaltenango por el Licenciado en Psicología Clínica Carlos Grijalva quien se identifica con número de colegiado 1674; es docente universitario; y presta servicios profesionales en psicoterapia, talleres de crecimiento personal, capacitaciones, participación en congresos de psicología y acompañante vocacional religioso. En el año 2014 funda un anexo de la clínica GRIJMA en el departamento de San Marcos prestando los mismos servicios de la que atiende en Quetzaltenango.

### **1.2 Descripción**

La clínica psicológica GRIJMA de San Marcos atiende a la población en general (niños, adolescentes y adultos) tanto del departamento y sus municipios, como también de otros. Se atiende de 8:00 a.m. a 5:00 pm. Con previa cita.

### **1.3 Ubicación**

La clínica Psicológica GRIJMA anexo San Marcos, se encuentra ubicado en la 7ma calle 4-01 zona 2 San Marcos.

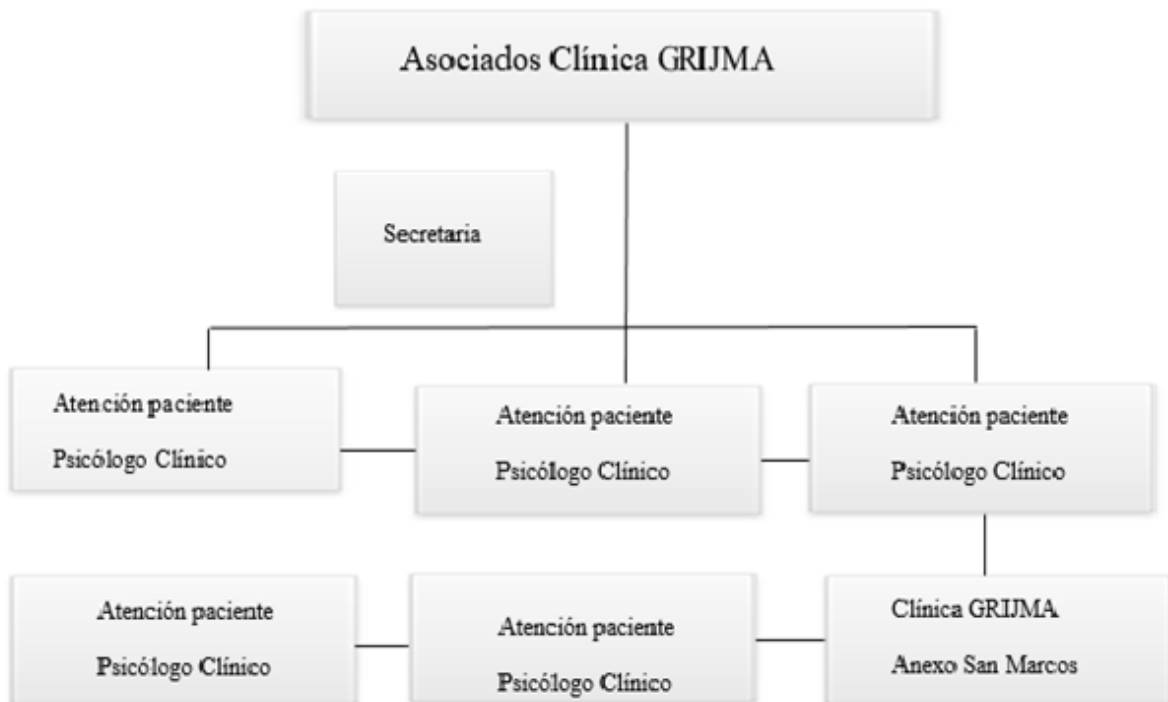
## 1.4 Organización

La clínica presta sus servicios a un bajo costo, por la misma situación económica que se vive actualmente en Guatemala; atiende a niños, adolescentes y adultos con terapias de acorde al problema que presenten las personas. La clínica psicológica GRIJMA atiende a todo tipo de personas (niños, adolescentes y adultos), del área urbana como rural de San Marcos, sus municipios y a otros departamentos del país.

## 1.5 Organigrama

A continuación, se presenta el Organigrama de la Clínica GRIJMA:

**Imagen No. 1**  
**Organigrama**



Fuente: Elaboración propia, 2015

## 1.6 Visión

Ser una institución pionera en protección, prevención y desarrollo integral que provea una mejor calidad de vida a niñas, niños, adolescentes y familias en Guatemala. La clínica GRIJMA tiene como objetivo fundamental ofrecer una psicoterapia con estilo propio que promueva el desarrollo y maduración de los pacientes en sus tres dimensiones: personal, social y trascendente, de acuerdo con la concepción cristiana de la vida y el mundo en colaboración con la familia y la sociedad. Favorecer la adecuada formación para la libertad y el sentido crítico. Preparar a los pacientes para ser felices en su trabajo y útiles a la iglesia y a la sociedad.

## 1.7 Misión

La clínica GRIJMA atiende a personas de todas las edades; brindando psicoterapia individual, grupal o de pareja. Considerando al ser humano único e individual; pero tendiente a padecer algún tipo de problema es por eso que se brinda la psicoterapia adecuada para que este alcance la armonía y logre un desarrollo integral en todas sus áreas evolutivas.

## 1.8 Programas Establecidos

- Consultas psicológicas
- Consejería
- Acompañamiento espiritual:
- Conferencia.
- Planificación y elaboración de talleres
- Unidad de teléfono de ayuda familiar

## 1.9 Justificación

El presente trabajo es un estudio de casos y se realiza como parte de la Sistematización

de Práctica Profesional Dirigida de 5to año de la facultad de Psicología Clínica Se elabora como requisito del pensum de la Facultad de Ciencias Psicológicas de la Universidad Panamericana. Brindando un aporte educativo para futuros profesionales. Asimismo, tiene como objetivo poner en práctica las competencias y capacidades, que se han adquirido a lo largo de 5 años. En cuanto a la integración de todo el conocimiento teórico y clínico con pacientes. Asimismo, la práctica de psicoterapia clínica se realizó en la Asociados Clínica GRIJMA.

## **Capítulo 2**

### **Marco Teórico**

#### 2.1 Cáncer de mama

##### 2.1.1 Definición

El cáncer de mama es el crecimiento descontrolado de las células mamarias. Para entender mejor el cáncer de mama, debemos entender cómo se desarrolla cualquier cáncer. El término "cáncer de mama" hace referencia a un tumor maligno que se ha desarrollado a partir de células mamarias. Generalmente, el cáncer de mama se origina en las células de los lobulillos, que son las glándulas productoras de leche, o en los conductos, que son las vías que transportan la leche desde los lobulillos hasta el pezón. Con menos frecuencia, el cáncer de mama puede originarse en los tejidos estromales, que incluyen a los tejidos conjuntivos grasos y fibrosos de la mama.

Con el paso del tiempo, las células cancerígenas pueden invadir el tejido mamario sano circundante y llegar a los ganglios linfáticos (pequeños órganos que eliminan sustancias extrañas del cuerpo) de las axilas. Si las células cancerígenas llegan a los ganglios linfáticos, obtienen una puerta de acceso hacia otras partes del cuerpo. Los estadios del cáncer de mama hacen referencia a lo lejos que se han propagado las células cancerígenas más allá del tumor original (consulta la tabla Estadios del cáncer de mama para obtener más información).

El cáncer de mama siempre se origina por una anomalía genética (un "error" en el material genético). No obstante, solo un 5-10% de los casos son producto de una anomalía heredada de la madre o el padre. En cambio, el 85-90% de los casos de cáncer de mama tienen su origen en anomalías genéticas vinculadas al proceso de envejecimiento y el "desgaste natural" de la vida.



## 2.1.2 Síntomas

Los signos y síntomas del cáncer de mama pueden comprender los siguientes:

Un nódulo mamario o engrosamiento que se siente diferente de los tejidos circundantes

Cambio de tamaño, forma o apariencia de una mama

Cambios en la piel de la mama, como hoyuelos

La inversión reciente del pezón

Excoriación, descamación, formación de costras o desprendimiento del área de piel pigmentada que rodea el pezón (areola) o de la piel de la mama

Enrojecimiento o depresiones en la piel de la mama, como en la cáscara de una naranja

## 2.1.3 Causas

Los médicos saben que el cáncer de mama se presenta con el crecimiento anormal de algunas células mamarias. Estas células se dividen más rápidamente que las células sanas y continúan acumulándose, y de este modo forman un bulto o una masa. Las células pueden esparcirse (hacer metástasis) por toda la mama hasta los ganglios linfáticos u otras partes del cuerpo.

El cáncer de mama más a menudo comienza en las células de los conductos que producen leche (carcinoma de conducto invasivo). El cáncer de mama también puede comenzar en el tejido glandular llamado «lobulillos» (carcinoma lobulillar invasivo), o en otras células o tejidos dentro de la mama.

Los investigadores han identificado factores hormonales, del estilo de vida y ambientales que pueden aumentar el riesgo de tener cáncer de mama. Sin embargo, no está claro por qué algunas personas que no tienen factores de riesgo contraen cáncer, mientras que otras personas con factores de riesgo nunca lo padecen. Es probable que el cáncer de mama sea causado por una interacción compleja de la composición genética y el entorno.

## 2.1.4 Factores de riesgo

Un factor de riesgo de cáncer de mama es cualquier cosa que te hace más propensa a tener cáncer de mama. Pero el hecho de tener uno o incluso varios factores de riesgo de cáncer de mama no necesariamente significa que contraerás cáncer de mama. Muchas mujeres que contraen cáncer de mama no presentan otros factores de riesgo que el simple hecho de ser mujer.

Los factores asociados a un mayor riesgo de contraer cáncer de mama son los siguientes:

- Ser mujer. Las mujeres son mucho más propensas que los hombres a contraer cáncer de mama.
- Edad avanzada. El riesgo de contraer cáncer de mama aumenta a medida que se envejece.
- Antecedentes personales de afecciones mamarias.
- Antecedentes personales de cáncer de mama.
- Antecedentes familiares de cáncer de mama.
- Genes hereditarios que aumentan el riesgo de contraer cáncer. Ciertas mutaciones genéticas que aumentan el riesgo de contraer cáncer de mama pueden transmitirse de padres a hijos. Las mutaciones genéticas más conocidas se conocen como «BRCA1» y «BRCA2». Estos genes pueden aumentar en gran medida el riesgo de contraer cáncer de mama y otros tipos de cáncer, pero no logran que el cáncer sea inevitable.
- Exposición a la radiación.
- Obesidad.
- Tener la primera menstruación a una edad temprana.
- Comenzar la menopausia a una edad mayor.
- Tener tu primer hijo a una edad mayor. Las mujeres que tienen su primer hijo después de los 30 años pueden correr un riesgo mayor de contraer cáncer de mama.
- Nunca haber estado embarazada.
- Terapia hormonal posmenopáusica. Las mujeres que toman medicamentos de una terapia hormonal que combinan estrógeno y progesterona para tratar los signos y síntomas de la

menopausia tienen un mayor riesgo de contraer cáncer de mama. El riesgo de contraer cáncer de mama disminuye cuando las mujeres dejan de tomar estos medicamentos.

- Consumir alcohol. El consumo de alcohol aumenta el riesgo de contraer cáncer de mama.

### 2.1.5 Prevención

- Consultar al médico sobre los análisis de detección del cáncer de mama.
- Hablar con el médico sobre los beneficios y los riesgos de los análisis de detección.
- Realizarse el autoexamen para tomar conciencia sobre el cáncer de mama. Las mujeres pueden elegir familiarizarse con sus mamas mediante la revisión esporádica de sus mamas durante un autoexamen para la toma de conciencia sobre el cáncer de mama.
- Tomar conciencia sobre el cáncer de mama no puede prevenir esta enfermedad, pero sí ayudar a que comprenda mejor los cambios normales, así como a identificar los signos y los síntomas inusuales.
- Si beber alcohol con moderación.

## 2.2 Estrés

Se hablará sobre el estrés psicológico, ya que es de gran variabilidad asociada al cáncer definido como una relación particular entre el individuo y el entorno, calificado como amenazante o desbordante para la persona, que se siente desbordada en sus recursos y siente la noción de peligro en su bienestar. Se produce cuando las demandas del ambiente exceden los recursos disponibles para el individuo Lazarus & Folkman, (1986).

El estrés puede aparecer en diferentes momentos o fases de la enfermedad. El riesgo, el diagnóstico, el tratamiento, la progresión y la recurrencia del cáncer pueden resultar estresantes. La amenaza a la vida y a la integridad física es a menudo considerable. La falta de control percibido y el diagnóstico abrupto pueden suscitar miedo, desesperación u horror.

Ulla (2003) establece cuatro situaciones o circunstancias ante las cuales se podría desencadenar una respuesta de estrés. Todas ellas se pueden dar durante el proceso de quimioterapia; son las siguientes:

Exposición a estímulos discriminadores de estímulos aversivos: la exposición a estímulos discriminadores de estímulos aversivos puede desarrollar náuseas anticipatorias a la administración del tratamiento. Situaciones de baja o nula predictibilidad. Por baja predictibilidad entendemos que el paciente desconoce el resultado final del tratamiento, y por situaciones de baja o nula: el paciente tiene que aceptar decisiones que están bajo control del médico. Varios estudios han correlacionado el estrés con el sistema inmunológico y la percepción del control. Las personas que perciben unos niveles más bajos de control presentan más nivel de estrés y peores resultados en los indicadores inmunológicos (Laurens-lager et al., 1983, citado en Ulla, 2003).

Por otro lado, diversos estudios apuntan que el estrés agudo se relaciona con un aumento de la función inmunológica, mientras que el estrés sostenido o crónico está relacionado con una reducción en la competencia inmunológica (Dhabbar & McEwen, 1999, citado en Ulla, 2003). La relación del estrés y el sistema inmunitario con el factor tiempo (antes, durante o después del cáncer) también es otro punto que necesita ser investigado (Holland, 2002).

## 2.3 Ansiedad

La ansiedad (según el DSM-IV-TR) es la anticipación aprensiva de un mal o desgracia futuro, acompañado de un sentimiento de disforia o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del mal anticipado puede ser interno o externo. Los síntomas pueden ser somáticos, cognitivos o conductuales. Entre los síntomas somáticos podemos encontrar: alteración del ritmo cardíaco, ahogo, disnea, opresión torácica, náuseas, vómitos, mareos, dolor de cabeza, tensión, sudor, escalofríos, temblores, cansancio, dolor, insomnio, falta de apetito, reducción de la libido. Entre los cognitivos: pensamientos negativos, distorsionados y recurrentes, miedo a la muerte y a la dependencia, sobre generalización, magnificación de los aspectos negativos, indefensión,

pensamientos de culpa, miedo a perder el control.

Y entre los conductuales: aislamiento social, evitación de impulsos como adherencia al tratamiento, irritabilidad, mutismo, verborrea, inquietud, hiperactividad. Pueden aparecer juntos, formando síndromes o trastornos de ansiedad. El DSM-IV-TR nos menciona las crisis de angustia agorafóbica, la fobia específica o social, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno por estrés post-traumático y el trastorno de ansiedad generalizada (APA, 2000).

En el paciente oncológico es posible encontrar síntomas y señales de ansiedad que pueden generar un gran malestar emocional pero que no llegan a cumplir los criterios de trastorno específicos. Entre los factores de riesgo que pueden conducir a la ansiedad están: la presencia de la ansiedad en la personalidad del individuo, el estadio de la enfermedad (cuánto más avanzado, más ansiedad), factores orgánicos (ansiedad debida a la enfermedad o sustancias) y el tratamiento oncológico (la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia) y la respuesta del tumor.

La quimioterapia es una de las causas que más ansiedad genera, incluyendo la ansiedad por la anticipación de la toxicidad previa al inicio del tratamiento, o por la repetición de náuseas y vómitos, que pueden ser síntomas condicionados y dificultar la adherencia al tratamiento (Cella, Tulsy, Gray et al., 1987, citado en Maté et al., 2004).

Algunos estudios muestran cómo la ansiedad avanza con el diagnóstico, llega al nivel máximo antes de la mastectomía, se mantiene elevada durante la cirugía y empieza a declinar después del primer año de la intervención

## 2.4 Depresión

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que aparece asociado al cáncer. Su presencia varía entre el 1,5% y el 55% según los estudios (Bottomley, 1998; Miller, Jones & Carney, 2005), aunque la mayoría sitúan la depresión cerca del 25% (Die, 2003a). Muchos factores se han asociado a la depresión, entre ellos, el tipo de cáncer, la edad, el sexo, la misma definición de

depresión, el tiempo transcurrido desde el diagnóstico, la capacidad de controlar el dolor, dificultades socioeconómicas, el grado de afectación física, la duración de la hospitalización o la relación con los factores neurofisiológicos derivados del tratamiento o del mismo proceso tumoral (Rodríguez Vega et al., 2007).

Además de estos, la literatura menciona otros aspectos asociados a la sintomatología depresiva, como pueden ser las condiciones médicas, farmacológicas y disfunciones metabólicas), los antecedentes de depresión y estado de ánimo del individuo, el consumo de sustancias tóxicas (alcohol, drogas...), la falta de apoyo social, pérdidas recientes... (Maté et al., 2004).

El DSM-IV-TR (American Psychiatric Association [APA], 2000) menciona los criterios para el diagnóstico del trastorno depresivo, según el grado (mayor –episodio único o recidivante), distímico o no específico. Lo asocia a un deterioro funcional, laboral y social. La persona tiene que presentar, al menos durante un periodo mínimo de dos semanas, un estado de ánimo deprimido o una falta de placer o interés en prácticamente todas las actividades.

Aunque no es común encontrar los criterios del mayor grado de depresión del DSM-IV, cuando ésta aparece, puede ser tratada agresivamente como un síntoma físico con apoyo psicológico, psicoterapia y meditación (Holland & Chertkov, 2001; Rodin, Katz, et al., 2007; Rodin, Lloyd et al., 2007). Algunas líneas de investigación relacionan los síntomas depresivos con el sistema inmunológico.

Es el caso de los trabajos realizados por Capuron et al. (2001), por ejemplo, que encontraron una relación entre síntomas depresivos y la activación de citocinas en pacientes con cáncer y un determinado tipo de tratamiento (basado en IL-2). killer se reducía otras líneas de investigación actuales asocian la depresión con la falta de recursos adaptativos y el estilo de afrontamiento de la persona a la nueva situación.

También han apuntado que los estilos de afrontamiento utilizados por los pacientes con depresión se mantienen una vez superado el episodio depresivo. Finalmente, otros estudios intentan relacionar variables de personalidad con depresión y cáncer (Rodríguez Vega et al., 2007), e incluso introducir nuevas formas e intervenciones de psicoterapia de tipo existencial (Holland & Chertkov, 2001).

## **Capítulo 3**

### **Marco Metodológico**

#### **3.1 Planteamiento del problema**

En nuestro departamento de San Macos en el centro de la cabecera del mismo municipio hay personas que están padeciendo de una enfermedad medica como lo es el cáncer de mama, y como nuestra cultura ha procurado a que el termino cáncer sea fatalista y no se busca ayuda profesional para manejar las emociones negativas que puedan surgir en el proceso de esta enfermedad.

##### **3.1.1 Problemática del caso de estudio**

A continuación, se presenta en el caso de estudio la problemática de este, en el cual se cambió por seguridad el nombre del paciente.

El caso clínico atendido en la clínica GRIJMA anexo San Marcos, se recibió al paciente X, para proceso psicoterapéutico quien fue referida por Psicólogo Carlos Grijalva Barrios, jefe de la unidad, esto debido a que la paciente de 35 años se encontraba en estado de vulnerabilidad, sufriendo de depresión, en repuesta del cuadro clínico ya diagnosticada como cáncer de mama, de acuerdo con el informe médico.

Cuando la paciente X, presenta el proceso del desarrollo físico, dentro de la adolescencia se dan cambios significativos y anómalos en su cuerpo, se enfrenta a una biopsia para aclarar diagnóstico sobre la presencia de un cáncer en la mama, pero en ese momento salió benigno el resultado, dado a que ella no tenía buenas relaciones con sus hermanos ella se aleja, se da la oportunidad de conocer a una persona en calidad de pareja, pero sufre de infidelidad por lo tanto ya no confía en nadie más y decide no casarse al transcurso de un tiempo, tiene una recaída y le hacen nuevamente una biopsia donde ahora es positivo ella padece de cáncer de



mama y muy avanzado, lo cual no acepta su diagnóstico y empieza a padecer de depresión, lo cual fue identificado por una amiga muy cercana de la paciente ella refirió para que visitara un psicólogo para darle apoyo.

### 3.2 Pregunta de investigación

¿Cómo influye la depresión siendo un factor importante en la recuperación de la una paciente con cáncer de mama?

### 3.3 Objetivo General

Determinar si el cáncer de mama es un factor predictivo de Depresión en las pacientes que asisten a la clínica psicológica GRIJMA anexo San Marcos.

### 3.4 Objetivos Específicos

- Determinar cómo afecta la enfermedad médica, como el cáncer de mama en el estado de ánimo de una persona.
- Evaluar el desarrollo de la depresión en los pacientes con cáncer.
- Apoyar de una manera más eficiente a los pacientes con cáncer para prevenir la depresión

### 3.5 Alcances y límites

#### 3.5.1 Alcances

Entre los alcances obtenidos en el estudio de este caso de la práctica Profesional Dirigida, se logró que la paciente encontrara paz en su corazón, mejorando sus relaciones familiares, venció temores que ella tenía sobre el cáncer y la muerte aceptando con fortaleza la misma teniendo cambios positivos conforme transcurrían las sesiones terapéuticas.

### 3.5.2 Límites

Las limitantes de esta investigación fue que la paciente tenía muy avanzada su enfermedad, encontrándose en una etapa 4, con metástasis en todo el cuerpo, a tal grado de fallecer en el proceso terapéutico.

### 3.6 Método

La presente investigación se realizó mediante el método cualitativo y cuantitativo y se dio como parte de la asignatura de Sistematización de Práctica Profesional Dirigida, del quinto año de la Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social. La investigación cualitativa se basó en el estudio de un caso, el cual la paciente referida por una amiga asistió a su primera sesión. Dado que por motivos de complicaciones médicas se continuo la terapia en un centro asistencial.

### 3.7 Procedimiento

La investigación se basó en el estudio de caso de la paciente X, el cual se llevó a cabo en la Clínica GRIJMA anexo San Marcos. Paciente que fue referida por el Lic. Grijalva encargado del área psicológica. Caso de estudio se realizó psicodiagnóstico: donde se utilizó la observación, entrevista, y pruebas psicológicas, en el cual la paciente presentaba expresión de dolor que se manifestaba en sus síntomas psíquicos y somáticos como tristeza y desesperanza, sin interés por sus actividades habituales, con menor energía.

Situación por la cual X acudió a la clínica, se dio inicio al proceso terapéutico, la paciente inicia con su catarsis, así mismo vamos desarrollando la entrevista y conociendo más sobre la historia del problema, conociendo sobre el proceso por el cual ha pasado y como ha aceptado la enfermedad medica que padece, encontramos dificultad ya que desde el principio ella se niega aceptar la enfermedad que padece y se empieza alejar de su familia para evitar lastimas según refiere la paciente en esta sesión observamos que debemos trabajar su estado de ánimo ya

que los médicos le han dado pocos días semanas o meses de vida y ella ha perdido la esperanza y no quiere vivir más.

Se realiza la terapia en su casa de habitación ya que se le imposibilita asistir por si sola a su terapia, por su condición física iniciamos con confrontación también utilizando la terapia cognitivo conductual cambiando pasamientos negativos por positivos. En la intervención se utilizó técnicas psicológicas de relajación y visualización, estas para el manejo de la ansiedad y el enojo que la paciente tenía por la situación en la que se encontraba.

La terapia Gestal la cual se llama desortijando la cebolla en el cual ella menciona como se ha sentido y va mencionando con una sola palabra los malestares que ha tenido en su mente y corazón, como por ejemplo, frustración, enojo, tristeza, dolor, y sobre todo miedo trabajamos con estas emociones mostrándole que ella era fuerte que ella había soportado muchas cosas que no había de que tener miedo era tiempo de perdonar de dejar ir el dolor.

De igual manera se proporcionó biblioterapia para la paciente, específicamente versículos de fortalecimiento en apoyo espiritual.

## **Capítulo 4**

### **Presentación de Resultados**

#### 4.1 Sistematización del Estudio de Caso

##### Datos generales

Nombre:	F
Sexo:	Femenino
Fecha de nacimiento:	30 agosto de 1980
Edad:	35 años
Ocupación:	Maestra
Nacionalidad:	guatemalteca
Religión:	cristiana evangélica
Dirección:	6-07 Zona 2 San Marcos
Referido por:	Una amiga

##### Motivo de consulta

La paciente refiere " ya no hay razón de vivir solo me queda esperar la muerte".

##### Historia del problema actual

F. refirió que su Fecha de inicio y duración: Cuando tenía 14 años tuve mi primera menstruación todo parecía estar bien me crecieron los senos, todo aparentaba estar muy bien en mi desarrollo físico hasta un día que tenía mucho dolor en el brazo.

Estresores o factores precipitantes: mi mamá me llevó al doctor me revisaron y encontraron en pequeño bulto en mi pecho me dijeron que podía ser cancerígeno, pero también que había

probabilidad que no, me debían realizar una biopsia para determinar de qué se trataba, me operaron, enviaron los exámenes y pues aparentemente no era cancerígeno, creímos que todo quedaría ahí pero no fue así.

Impacto de la enfermedad: hace 5 años me realice un auto examen sentía que había algo ahí en mi pecho pero yo creí que era algo sin mucha importancia, lo deje pasar como de igual forma ya me habían dicho que no era cancerígena, empecé a tener dolor nuevamente mucho dolor, más fuerte que la vez anterior visite un doctor me dijo que tenían que hacer la biopsia nuevamente y esta vez sí me salió el resultado positivo sentí que el mundo se desplomaba como algo que ya había superado aparentemente volvía a mi vida y de una manera tan fuerte empecé con quimioterapia me removieron el pecho izquierdo, al poco tiempo el pecho derecho mi cuerpo se desfiguraba, se me cayó el cabello , la quimioterapia acabo con mi ser, ya son cinco años de lucha ya no tengo fuerzas y los doctores dicen que ya el cáncer está muy avanzado no están seguros que lo logre yo no tengo esposo ni hijos mi mama falleció y mis hermanos ellos tienen otras ocupaciones no ven por mi realmente ya no tengo razón de vivir.

### Historia Clínica

Historia prenatal: la consultante no recuerda y es la única de su familia que asiste a terapia

Nacimiento: comenta que lo que ella se acuerda que su mamá le conto, es que fue parto normal.

Evolución neuropsíquica: la consultante refiere que su evolución neuropsíquica según lo que su madre le ha contado es que fue adecuada, normal, gateo a los 6 meses de edad, sus primeros pasos los realizo al año y dos meses, sus primeras palabras fueron bala y mamá. En la actualidad se muestra un buen desarrollo psicomotriz en la paciente, no tiene movimientos repetitivos, solo estereotipados.

Desarrollo escolar: la paciente refiere que siempre le gustó la gente noble. Que solía juntarse en el colegio solo con gente que fue. Se considera una estudiante promedio, con muchos amigos. Culminó la carrera de Maestra Primaria.

Desarrollo social: se considera una persona sociable, confiada y “muy llevadera”.

Historia médica: la paciente refiere que ha tenido varios problemas con su salud, a raíz de los resultados médicos con el diagnóstico de cáncer de mama, la cual se desencadenaron otros, como dolor de cabeza intensamente, problemas gastrointestinales, inmovilidad muscular.

Adolescencia: Problemas Médicos.

Historia Psicosexual: mantuvo una relación, pero su pareja la engañó.

Historia Familiar: Con dificultad no tiene relación con sus hermanos.

Examen del estado mental

Presentación: nivel de conciencia: somnoliento, hipo vigilancia.

Aspecto general: Adecuada higiene personal y arreglo descuidado a su edad, estatura alta, mantiene ausencia mental.

Actitud: Colaboradora y amable.

Conducta motora y estado afectivo

Conducta motora: agitación, inquietud psicomotora.

Afecto: inapropiado, frustración, enojo, lipotimia, miedo, pánico, melancolía, pesadumbre.

## Estado Cognoscitivo

Atención: presenta hiposexía.

Orientación: Se encuentra orientado en tiempo, espacio y persona.

Lenguaje: Habla espontánea, a veces vacilante, timbre adecuado

Fluidez: Habla espontáneamente, timbre de voz adecuado.

Comprensión: Buena comprensión y realiza preguntas.

Memoria: Todas satisfactorias. Memoria visual correcta, memoria auditiva inmediata, todas asertivas y correctas.

Razonamiento: En juicio práctico puede responder para tomar decisiones, afronta dificultades con miedo. Logra expresar sus emociones, pensamientos y sentimientos.

## Pensamiento

Proceso: Coherencia adecuada, objetivo y lógico con el tema.

Contenido: se observan preocupaciones y desesperanza las cuales interfieren las cuales interfieren en su vida social.

Introspección: Sabe que lo que le sucede, pero no asimila la confrontación de tener el cáncer y que las emociones que siente son parte de ese proceso.

Estado de ánimo: Se muestra ansiosa, preocupada, deprimida, tensa y desesperada.

## Impresión para el diagnóstico

Criterios Diagnósticos: Según el DSM-IV-TR, la paciente posee criterios para el diagnóstico de Trastorno de ánimo debido a una enfermedad médica. La paciente se encuentra deprimida por la situación del desvanecimiento del tratamiento y la poca mejoría del mismo en el organismo, siente irritabilidad, impotencia, frustración a la vida, baja autoestima al saber que el tratamiento de quimioterapia solo es de mantenimiento y no de mejoría en su organismo, cambio significativo o peso corporal, insomnio o sueño excesivo, sentimiento de inutilidad, haciendo presencia los pensamientos recurrentes de muerte y suicidio.

## Evaluación Multiaxial

EJE I: Trastorno del estado de ánimo debido a una enfermedad médica (cáncer de mama).

EJE II: Ninguno

EJE III: Cáncer de mama

EJE IV: Problemas relativos al grupo de apoyo: F93.3 Problemas entre relación entre hermanos.

EJE V: EEAG: Actual 50 - 60

## Recomendaciones

Se recomendó a la paciente que iniciara un proceso terapéutico basado en técnicas de Terapia Racional Emotiva para la aceptación de la enfermedad y descubrir que los problemas psicológicos ayudan a disminuir el dolor que se presenta en el tratamiento, los cuales le producen emociones o conductas disfuncionales modificando el pensamiento. La aceptación y encontrar la felicidad dentro de proceso medico ayudan a disminuir el dolor sintomatológico presentado por la quimioterapia.

Se le recomendó combinar algunas técnicas cognitivas conductuales y de análisis transaccional, para fortalecer sus conductas positivas y disminuir sus conductas autodestructivas. Con estas



técnicas y las de la TRE se trabajaría especialmente la depresión, el miedo, la culpa y la inseguridad que manejaba la paciente y que le provocaban un malestar significativo en su vida.

### Plan Terapéutico

El plan terapéutico adecuado fue Cognitivo-Conductual, psicodinámica, Gestal y la Terapia Racional Emotiva, el objetivo de estos modelos fue ofrecer a la persona habilidades de enfrentamiento ante eventos estresantes, brindándole la capacidad para disminuir o anular la tensión y emoción negativa. Asimismo, contribuyó a crear sus propios pensamientos de afrontamiento y pensamientos racionales de una forma más asertiva minimizando pensamientos negativos o irracionales. Además, se aplicaron técnicas sencillas útiles que permitieron conseguir un mayor control de la mente, las emociones y el cuerpo, donde se efectuó cambios positivos.

### Perspectiva Terapéutica

La práctica se basará en tres principios:

- La primera es que la comunicación profesional entre terapeuta y cliente debe ser directa, clara, concisa y oportuna a la situación.
- La teoría cognitiva conductual es un método en el cual se modifica la conducta del paciente a través de reestructurar su pensamiento para eliminar o disminuir esas conductas disfuncionales que le causan el malestar.
- La Terapia Racional Emotiva es una teoría de la personalidad y del cambio de personalidad. Esta acepta la importancia de las conductas y de las emociones, pero le importa más el papel de las cogniciones. Las cogniciones abarcan los pensamientos e imágenes mentales de la persona. Teoría que se basa en reconocer las ideas irracionales que tiene la persona y como estas son las causantes del malestar del paciente, para luego modificarlas por ideas racionales, trayendo consigo conductas funcionales en el paciente.

Los contratos dentro de las teorías nos ayudan a orientar y guiar el trabajo de la misma teoría. Supone un objetivo que el paciente desea alcanzar, así como una meta de cambio en el paciente. El contrato implica tanto por parte del terapeuta como del paciente un análisis entre ambos de la situación de forma cooperativa para resolver el problema y de las posibles opciones y alternativas que el paciente tiene. El paciente se responsabiliza de cambiar lo que sea necesario y posible de su situación, este tomando nuevas decisiones, poniéndolas en práctica y usando todos los recursos disponibles con los que esta cuenta.

El contrato beneficia a ambas partes, ya que supone un compromiso en las dos direcciones. El terapeuta se compromete juntamente con las teorías a proporcionar al paciente el espacio y el tiempo adecuado para que realice el cambio, pone a disposición todos sus conocimientos y habilidades con el fin de que el paciente las use para poder resolver y eliminar sus problemas o malestares y por otra parte el paciente se compromete y se responsabiliza a cambiar lo que sea necesario y posible de su situación tomando estas nuevas decisiones, así como comprometerse a poner de su parte toda la energía disponible con el fin de resolver los problemas para alcanzar su objetivo.

Todo esto se debe desarrollar en un marco de mutuo respeto acerca de la propia valía y del potencial que el paciente tiene para poder afrontar la situación por la que se encuentra. Por otra parte, se adicionarán al tratamiento algunas técnicas gestálticas y de análisis transaccional para ayudar al paciente a darse cuenta de lo que le está sucediendo dentro del marco de tiempo del aquí y ahora.

#### Notas Evolutivas

Primera Sesión: la paciente inicia con su catarsis, así mismo vamos desarrollando la entrevista y conociendo más sobre la historia del problema, conociendo sobre el proceso por el cual ha pasado y como ha aceptado la enfermedad medica que padece, encontramos dificultad ya que desde el principio ella se niega aceptar la enfermedad que padece y se empieza alejar de su familia para evitar lastimas según refiere la paciente en esta sesión observamos que

debemos trabajar su estado de ánimo ya que los médicos le han dado pocos días semanas o meses de vida y ella ha perdido la esperanza y no quiere vivir más.

Segunda sesión: Se realiza la terapia en su casa de habitación ya que se le imposibilita asistir por si sola a su terapia, por su condición física iniciamos con confrontación también utilizando la terapia cognitivo conductual cambiando pasamientos negativos por positivos, provocando en ella ver una oportunidad de vida cada día a cada instante sin importar la circunstancias valorando lo que tiene y ella ha considerado que se encuentra sola y abandonada al contrario se empieza a trabajar con sus ideas irracionales que sus hermanos la buscan por lastima y no por cariño y amor.

Tercera sesión En esta terapia se realiza técnica de la terapia Gestal la cual se llama desortijando la cebolla en el cual ella menciona como se ha sentido y va mencionando con una sola palabra los malestares que ha tenido en su mente y corazón, como por ejemplo, frustración, enojo, tristeza, dolor, y sobre todo miedo trabajamos con estas emociones mostrándole que ella era fuerte que ella había soportado muchas cosas que no había de que tener miedo era tiempo de perdonar de dejar ir el dolor.

Cuarta sesión Su estado físico es muy complicado ella se siente muy cansada se le pide a los hermanos que lleguen a esta terapia, los hermanos le piden perdón por no estar con ella siempre, ella llora y les dice que la perdonen porque ella se alejó de ellos en vez de poder disfrutar sus últimos días con ellos, se abrazan y encuentran perdón ambas partes la terapia es muy emotiva.

Quinta sesión En esta sesión fue muy difícil poder mantener una conversación con ella, se encontraba muy débil y por lo tanto se utilizo música para ayudar a brindar distracción de los síntomas y los efectos secundarios de quimioterapia, y para estimular la relajación.

Sexta sesión En esta terapia ya a dos meses y medio de estar debatiéndose entre la vida y la muerte ella fallece y deja un video en el cual agradece porque a causa de las terapias ella pudo

decirles a sus hermanos que los amaba y pudo perdonar y esperar a la muerte sin ningún pendiente.

## 4.2 Análisis de Resultados

Con base a los objetivos de la investigación se presentan los siguientes resultados:

Daño psicológico provocado por enfermedad médica (cáncer de mama).

El diagnóstico de depresión en el paciente con cáncer es complicado, por dos razones; una emocional y la otra somática. La tristeza y la pena es la norma en los individuos que se enfrenta a un diagnóstico de cáncer y un tratamiento que va a afectar su calidad de vida, por lo tanto, es esperable un cuadro depresivo como reacción normal a esta situación. Por otro lado, mucho de los síntomas somáticos de la depresión, como pérdida de apetito y peso, disminución de la energía vital e insomnio, son frecuentes en la enfermedad oncológica y sus tratamientos. (González, 1996).

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que puede manifestarse de distintas y muy variables formas y presentar diferentes grados de intensidad. Básicamente su diagnóstico depende de la existencia durante un tiempo prologado de determinados síntomas tópicos, que producen malestar psicológico y dificultan en alguna medida de la vida normal de las personas (Beck 1970).

En el tratamiento de cáncer de mama pueden resultar de gran ayuda. Su objetivo principal es ayudar a las mujeres a aprender a cómo sobrellevar los cambios físicos, emocionales y de estilo de vida relacionados con el cáncer, así como los tratamientos médicos que pueden resultar dolorosos y traumáticos. Algunas mujeres pueden enfocar el asunto en cómo explicar su enfermedad a los hijos o cómo afrontar la respuesta de su pareja. Otras pueden concentrarse en cómo elegir el hospital o tratamiento médico adecuados. Para otras, el enfoque puede ser cómo controlar el estrés, la ansiedad o la depresión. Al enseñar a las pacientes estrategias para la resolución de problemas en un entorno de apoyo, los psicólogos pueden ayudar a las mujeres a

lidar con su dolor, miedo y otras emociones. Para muchas mujeres, esta crisis potencialmente mortal, puede resultar una oportunidad de crecimiento personal que mejora la vida.

Las pacientes con cáncer de mama no son las únicas que pueden beneficiarse del tratamiento psicológico. Los psicólogos suelen ayudar a sus esposos, de quienes se espera brinden apoyo emocional y práctico, al mismo tiempo que afrontan sus propios sentimientos. Los niños, padres y amigos involucrados en el apoyo de la paciente también pueden beneficiarse con las intervenciones psicológicas. La necesidad de tratamiento psicológico puede no terminar cuando finaliza el tratamiento médico. De hecho, la recuperación emocional puede llevar más tiempo que la recuperación física y es a veces menos predecible. Si bien, la presión social para volver a la normalidad es intensa, las sobrevivientes del cáncer de mama necesitan tiempo para crear una nueva imagen de sí mismas que incorpore la experiencia vivida y sus cambios corporales. Los psicólogos pueden ayudar a las mujeres a lograr ese objetivo y a enseñarlas a sobrellevar problemas como el temor a la reaparición de la enfermedad y la impaciencia respecto a problemas más comunes.

## Conclusiones

Tanto el diagnóstico como el tratamiento de cáncer de mama afectan la calidad de vida y el bienestar del paciente, una de las enfermedades que puede observarse con mayor frecuencia en esta situación es la depresión, cuyo diagnóstico y tratamiento adecuados son fundamentales.

La tristeza y la pena son reacciones normales a las crisis que hay que enfrentar durante una enfermedad de cáncer. Estas reacciones las experimentarán periódicamente todas las personas. Dado que la tristeza y la depresión son comunes, es importante distinguir entre los grados normales de tristeza y los trastornos depresivos.

Un elemento crítico en el tratamiento del paciente es reconocer los índices presentes de depresión para poder establecer el grado apropiado de intervención, que puede abarcar desde una consejería breve, a grupos de apoyo, medicación o psicoterapia.

Algunas personas pueden tener más dificultad en ajustarse al diagnóstico de cáncer que otros y variarán en la forma de responder al diagnóstico considerando que los cuerpos biológicos son diferentes. La depresión mayor no es simplemente tristeza o falta de ánimo.

La depresión y los trastornos por ansiedad son comunes entre los pacientes que reciben cuidados paliativos y disminuyen enormemente la calidad de vida en estos pacientes. Generalmente, la respuesta emocional que inicialmente muestra el paciente ante el diagnóstico de cáncer suele ser breve, con una duración de varios días o semanas, y puede incluir sentimientos de incredulidad, rechazo o desesperación.

## **Recomendaciones**

Se recomienda brindar terapia psicológica, como apoyo adicional al cáncer de mama, la cual brindara una supervivencia prolongada durante la enfermedad y durante el proceso quimioterapéutico.

Estar atentos para dar apoyo psicológico para que esta respuesta de tristeza que es normal en una persona que se entera que tiene cáncer no se convierta en Depresión.

Se recomienda que se mantenga en observación la paciente para determinar el grado de malestar clínicamente significativo psicológico para poder intervenir con las terapias correctas.

Apoyar a la familia psicológicamente para que ellos puedan brindarle ayuda y resguardo para la aceptación de la enfermedad.

Se recomienda que puedan darle la oportunidad a la paciente a no perder las actividades que más le gusta hacer para no interferir en su calidad de vida.

Se recomienda que se den el tiempo y espacio correcto para la ayuda psicológica para que pueda mejorar su estado de ánimo de una manera correcta y lo más inmediato posible

## Referencias

- Serra, M., Zamora, P. & Rodríguez-Vega, B. (2011). Musicoterapia y quimioterapia. Juntas en el hospital de día. En P. Sabatella (Coord.). *Identidad y Desarrollo Profesional del Musicoterapeuta en España. Actas del III Congreso Nacional de Musicoterapia*. Cádiz, 8-10 octubre 2010. Granada: Grupo Editorial Universitario. ISBN: 978-84-9915-629-3.
- Sirgo, A. & Gil, F. (2000). Intervención psico-educativa y terapia de grupo en pacientes con cáncer. En F. Gil (Ed.), *Manual de psico-oncología* (pp. 57-74), Madrid: Nova Sidonia (Manuales Nova Sidonia Oncología).
- Spiegel, D. (1994). Cuidado de la salud. Apoyo psicosocial a pacientes con cáncer. *Cáncer*, 74 (4, Suppl.), 1453-1457.
- Zabora, J. (1998) Procedimientos de cuidado para trastornos psicosociales. En J.C. Holland, *Psychooncology* (pp. 653-661). Nueva York: Oxford University Press.



## **Anexos**

## Anexo 1

### Ilustración



Fuente: Maria Leonor Castro

Centro asistencial donde las pacientes con cáncer realizan una actividad de terapia ocupacional