



EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN DOLOR CRÓNICO: DESCRIPCIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Ismael Puig Amores y Beatriz Vallejo Sánchez

ipuigamores@gmail.com

Dolor crónico; psicoterapia; terapia cognitivo conductual.

Chronic pain; psychotherapy; cognitive behavioral therapy.

RESUMEN

Introducción: El dolor crónico constituye un importante problema de salud debido a su alta prevalencia y consecuencias a nivel económico y social. Las intervenciones psicológicas en el contexto de un tratamiento multidisciplinar han mostrado una gran efectividad. En este trabajo se presenta un caso clínico de una persona con un problema de dolor crónico y síntomas ansiosos y depresivos asociados.

Metodología: Se realiza una descripción del proceso de recogida de información del paciente, sobre la historia clínica y de dolor, y de los instrumentos de evaluación y resultados obtenidos. Así mismo, se describe el protocolo de tratamiento utilizado, compuesto por las técnicas psicológicas que se han considerado más eficaces en el tratamiento del dolor, en concreto: técnicas psicoeducativas, técnicas de autorregulación emocional (por ej. técnicas de relajación); terapia de activación conductual; técnicas de focalización de la atención; técnicas de reestructuración cognitiva para la modificación de ideas disfuncionales; y otras técnicas como la solución de problemas o técnicas operantes para la modificación de conductas de dolor.

Conclusiones: La intervención psicológica con pacientes con dolor crónico deber ser individualizada y adaptada a las necesidades de cada paciente, requiriendo de una evaluación previa de las variables psicosociales implicadas en el origen y/o mantenimiento del dolor.

INTRODUCCIÓN

El dolor crónico supone un problema de salud muy importante y prevalente, que se asocia a gran malestar y limitaciones funcionales, presentando una alta comorbilidad con problemas de ansiedad, depresión e insomnio (Langley et al, 2011).

EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN DOLOR CRÓNICO: DESCRIPCIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Actualmente el dolor es entendido desde un enfoque biopsicosocial, con múltiples factores asociados a su inicio, mantenimiento y cronificación. Las intervenciones psicológicas, en el contexto de un tratamiento multimodal, han mostrado gran eficacia en el abordaje del dolor, especialmente la terapia cognitivo-conductual (Williams, Eccleston y Morley, 2012).

Este trabajo presenta un caso clínico de una persona con un problema de dolor crónico y síntomas ansiosos y depresivos asociados. El objetivo principal de la intervención era dotar al paciente de estrategias de afrontamiento que le permitieran manejar adecuadamente los aspectos emocionales y cognitivos que influyen en la experiencia de dolor. Además, atendiendo a la demanda del paciente se buscaba generar un cambio en los niveles de ansiedad, depresión e ira. Para ello, se diseñó e implementó una intervención cognitivo conductual basada en las técnicas que mejores resultados han ofrecido en el contexto del dolor crónico

BREVE HISTORIA CLÍNICA

Varón de 42 años, divorciado hace 13 años, con una hija de 14, vive con los padres desde que se divorció, no trabaja desde hace un año debido a incapacidad laboral.

MOTIVO DE CONSULTA

Acude a consulta de psicología clínica en octubre de 2017, tras la interrupción durante cuatro meses de tratamiento psicoterapéutico anterior, y dado el empeoramiento en los últimos seis meses del problema de dolor y la sintomatología ansiosa y depresiva asociada.

Antecedentes personales

A nivel médico, presenta principalmente varias hernias discales L4-L5 y L5-S1; intervenidas quirúrgicamente en 2008, por Discectomía L5-S1 Izquierda, con Radiculopatía residual L5 derecha, con déficit de movilidad en columna vertebral del 50% (desde 2008); en 2016, por flavectomía derecha con retiro de L4-L5; y en 2017 por artrodesis L4-S1, con espaciador intersomático y retiro de fibrosis. Actualmente en tratamiento farmacológico con antidepresivos, ansiolíticos, antiepilépticos, antiinflamatorios, analgésicos locales, y con analgésicos opioides. Derivación en noviembre de 2017 a la Unidad de Dolor correspondiente, donde se ha iniciado tratamiento con bloqueos de la articulación sacroiliaca, con escaso resultado.

Había realizado tratamiento psicoterapéutico previo, tras derivación de su Médico de Atención Primaria, entre noviembre de 2016 y junio de 2017, debido a reacción adaptativa con síntomas mixtos ansiosos y depresivos secundaria a problemática médica y laboral (refería situación de acoso laboral), con tendencia a la cronificación e interrupción del seguimiento por causas

EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN DOLOR CRÓNICO: DESCRIPCIÓN DE UN CASO CLÍNICO

ajenas al paciente. Mantenía también seguimiento en consulta de psiquiatría desde mayo de 2017.

Antecedentes familiares

Sin antecedentes familiares de interés

Enfermedad actual

El paciente refiere principalmente problemas médicos, iniciados tras accidente laboral en 2008, y que requirieron de varias intervenciones quirúrgicas debido a malos resultados, habiendo sido los últimos 6 meses antes. Desde entonces, presenta dolor importante y constante en miembro inferior derecho y tobillo, que se asocia a limitaciones funcionales importantes (que han supuesto una valoración de incapacidad laboral permanente para su trabajo habitual, hace un año) y síntomas ansiosos y depresivos reactivos. A esta problemática, se unen otros estresores laborales, económicos, legales y personales-familiares, muchos de ellos derivados de la problemática referida.

Exploración funciones psíquicas

Consciente y orientado. Aspecto triste, cabizbajo distraibilidad ligera. Déficits leves de memoria. No alteraciones en el curso del pensamiento, contenido caracterizado principalmente por pensamientos rumiativos y negativos. No síntomas delirantes. No trastornos sensorceptivos. Afectividad muy influida por la intensidad del dolor, con predominio de marcada angustia, ánimo depresivo, sensación de agotamiento, desesperanza, anhedonia, desinterés generalizado, irritabilidad, sentimientos de insuficiencia, fracaso, culpa, vergüenza. Cuando el dolor mejora, la afectividad es adecuada. Ideación autolítica ocasional No alteraciones significativas en el lenguaje, cierta verborrea. No alteraciones significativas del apetito. Insomnio mixto, con horarios alterados (le cuesta conciliar el sueño, duerme por el día, pasa gran parte del día acostado debido al dolor).

Pruebas de evaluación utilizadas (ver Tabla 1)

Además de las variables expuestas en la tabla 1 se aplicaron pruebas de evaluación psicopatológica, de personalidad, inventarios de pensamientos, autorregistros diarios de dolor e inventario de actividades para un diseño individualizado de tratamiento basado en los datos obtenidos y, realizar las modificaciones y ajustes necesarios a lo largo del proceso de intervención.

EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN DOLOR CRÓNICO: DESCRIPCIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Tabla 1. Pruebas de evaluación aplicadas

Variable	Nombre
Historia	Entrevista Ad-Hoc
Dolor	Cuestionario de dolor de McGill – MPQ (Melzack, 1975)
	Cuestionario de Conductas de Dolor PBQ (Appelbaum et al., 1988; adaptación de Rodríguez, Cano y Blanco, 2000)
	Afrontamiento dolor CAD-R (Sociedad Española del Dolor, 2002)
Ansiedad	Beck Anxiety Inventory BAI (Beck et al., 1988)
Depresión	Beck Depression Inventory BDI - II (Beck et al., 1996)
Ira	Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo STAXI - II (Spielberg, 1999; versión Miguel, Casado; Cano-Vindel, Spielberg, 2011)
Autoestima	Escala de Autoestima de Rosenberg EA (Rosenberg)
Calidad de vida	Cuestionario de salud SF - 36 (versión española de Alonso, Prieto y Antó, 1995)
Autoeficacia	Cuestionario de Autoeficacia en Dolor Crónico CADC (Anderson et al., 1995; adaptación de Martín-Aragón et al., 1999)

El paciente describe el dolor, a nivel sensorial, como continuo, de intensidad máxima y bien delimitado, punzante, de quemazón, escozor, con sensación de espasmos y calambrazos. Salud autopercebida mala, especialmente a nivel físico, que considera le limita mucho para hacer esfuerzos intensos (correr, levantar peso, deporte), moderados (caminar más de una hora) y actividades de la vida diaria (llevar bolsas de la compra, subir escaleras, agacharse), aunque también en actividades más básicas como asearse o vestirse por sí mismo, y en la mayoría de actividades de ocio y sociales.

A nivel comportamental, las conductas de dolor que predominan actualmente en su repertorio son pasivas y evitativas (destaca la toma de medicación, con patrón de uso abusivo, la evitación de actividad y de relaciones, y la manifestación de quejas no verbales como gemir o llorar). Escaso uso de otras estrategias de afrontamiento más activas, como buscar información, mostrando serias dificultades para buscar apoyo social, que ha repercutido en percepción de apoyo escaso.

A nivel emocional, informa de intensa ansiedad, depresión e ira (puntuaciones indicativas de síntomas severos), con escaso uso de estrategias de manejo, y autoestima baja.

EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN DOLOR CRÓNICO: DESCRIPCIÓN DE UN CASO CLÍNICO

A nivel cognitivo, pensamientos de inutilidad, dependencia extrema, autodesprecio, percepción de escaso apoyo social o interés de los demás en él, también, creencias relacionadas con que cualquier actividad empeorará el dolor. Muy baja autoeficacia o percepción de control sobre el dolor.

No obstante, se observa una tendencia de respuesta consistente en magnificar los sentimientos y pensamientos relacionados con los signos o síntomas que, aunque sí presenta en múltiples momentos y situaciones, queda por determinar con mayor exactitud la frecuencia e intensidad de éstos.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se realiza diagnóstico diferencial con Trastorno depresivo y trastorno de ansiedad, pues aunque refiere síntomas intensos, están en clara relación con el estresor, además de que se observa tendencia a la magnificación de los síntomas.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Reacción adaptativa mixta de ansiedad y depresión (CIE-10; F43.22)

Trastorno por dolor crónico asociado a enfermedad médica y a factores psicológicos (F45.4)

TRATAMIENTO (ver Tabla 2)

Diseño de tratamiento compuesto por un total de 11 sesiones de aproximadamente 90 minutos. Las dos primeras sesiones estaban dirigidas a evaluar las variables de interés antes de la intervención, las siguientes 8 sesiones para la intervención y una última sesión para la evaluación post-intervención.

Tabla 2. Sesiones de tratamiento y técnicas aplicadas

SESIÓN	NOMBRE	CONTENIDO
1 y 2	Evaluación inicial	Entrevista clínica y aplicación de pruebas estandarizadas
3	Encuadre Motivación Psicoeducación I	Información del encuadre y compromiso Motivación para el cambio según modelo transteórico Modelo del dolor (control de la puerta) Tareas: Entrega bibliografía dolor; registros dolor-depresión-

EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN DOLOR CRÓNICO: DESCRIPCIÓN DE UN CASO CLÍNICO

		ansiedad y uso de medicación y servicios sanitarios
4	Relajación I Focalización I Hipnosis I	Aprender técnica respiración diafragmática Explicación foco de atención y distracción Entrenamiento en ejercicios de sugestión Tareas: práctica intersesión de lo aprendido (siempre)
5	Psicoeducación II Reestructuración cognitiva (RC) I	Relación pensamiento-emoción-conducta Reconocer y manejar pensamientos automáticos Tareas: Entrega de bibliografía de autoayuda, y Registros A-B-C
6	Relajación II Focalización II Hipnosis II	Entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson Técnicas de distracción Entrenamiento en ejercicios de hetero-hipnosis
7	Activación Conductual I Reestructuración II	Analizar beneficios de actividades gratificantes Elaborar programa de actividades Identificación y manejo Creencias irracionales Tareas: Entrega cuestionario de actividades y registro actividades
8	Relajación III Hipnosis III Gestión del sueño I Activación C. II	Entrenamiento en relajación progresiva Generalización Hipnosis Información y pautas higiene sueño Planificación exposición graduada actividades
9	Reestructuración III Resolución problemas y comunicación asertiva	Entrenamiento manejo de pensamientos disfuncionales Trabajo en resolución de problemas y mejora de la comunicación
10	Prevención Recaídas	Diferencia entre caída y recaída

EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN DOLOR CRÓNICO: DESCRIPCIÓN DE UN CASO CLÍNICO

		Detectar y manejar momentos y situaciones críticas
11	Evaluación final	Aplicación de cuestionarios post-tratamiento.

EVOLUCIÓN

Al inicio del seguimiento, el paciente centra su discurso en quejas de "dolor insoportable" e incapacidad, y en el proceso médico. Manifiesta escasa expectativa de mejoría si no es a través de los procedimientos médicos convencionales, aunque su actitud es de colaboración y compromiso con el plan de tratamiento sugerido.

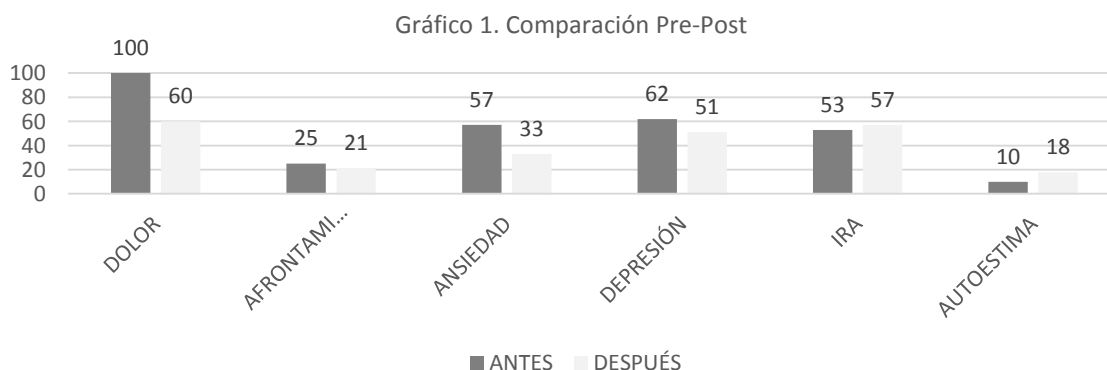
Desde las primeras sesiones de tratamiento, y a medida que se inicia el trabajo en psicoeducación (sobre el dolor, factores psicosociales implicados en el inicio, mantenimiento o agravamiento del dolor, tratamientos psicológicos disponibles y beneficios asociados, etc.), en motivación para el cambio y en el aprendizaje de las primeras estrategias de autorregulación emocional, se va observando en el paciente una creciente sensación de control sobre ciertas experiencias internas, así como tomando conciencia de las posibilidades reales de cambio.

El trabajo se ve dificultado por episodios de agravamiento del dolor, con tendencia al afrontamiento pasivo (p.ej. acudir a urgencias, tomar medicación), ausencias a las citas establecidas, y escaso uso de las habilidades aprendidas. En cada sesión se hace imprescindible repasar los contenidos aprendidos, el cumplimiento de las tareas, reforzar la práctica, analizar y resolver obstáculos, etc.

A partir de la octava sesión, se observa un notable avance, con la puesta en marcha por propia iniciativa de acciones encaminadas al cambio, y un afrontamiento más activo de los problemas.

RESULTADOS

Tras la instauración del plan de tratamiento, de aproximadamente 3 meses de duración, la valoración posterior arroja los siguientes resultados:



EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN DOLOR CRÓNICO: DESCRIPCIÓN DE UN CASO CLÍNICO

CONCLUSIONES

En este caso, los informes de la unidad del dolor y traumatología ofrecían un pronóstico poco optimista, así, se asumió que los resultados de la intervención podrían estar fuertemente condicionados por los resultados del proceso médico y por la evolución a nivel fisiológico del paciente. En este sentido, la falta de soluciones médicas a corto plazo, la severidad del dolor experimentado durante todo el proceso y los niveles extremos de sintomatología ansiosa y depresiva, han supuesto, a nivel motivacional, un obstáculo importante durante todo el proceso de intervención.

No obstante, a nivel emocional, el paciente parece haberse beneficiado moderadamente de la intervención, presentando una reducción de 24 puntos en los valores de ansiedad (-42%) y en menor medida de depresión (-17,7%), aunque sin cambios en expresión de la ira o afrontamiento activo. Por otro lado, se observa un aumento de la autoestima en 8 puntos (80%) si bien, ésta sigue siendo baja. En cuanto a la intensidad del dolor, aunque se ha mostrado oscilante durante todo el proceso de intervención en un rango 70-100, se observa una reducción considerable (40%) al comparar el dolor puntual expresado en la sesión pre y post intervención.

Respecto a la mejoría observada, teniendo en cuenta que el tratamiento farmacológico se ha mantenido estable dentro de un patrón abusivo, los cambios a nivel emocional podrían atribuirse al tratamiento psicológico implementado. Es importante señalar que el paciente continúa presentando valores clínicos de ansiedad y depresión, algo que, podría explicarse en parte, por la gravedad del caso, pero en alguna medida, por la tendencia del sujeto a emitir respuestas polarizadas en los cuestionarios. En cuanto al diseño de intervención, sería conveniente revisar y ajustar la duración del tratamiento y el espacio intersesiones. Así, prolongar el período de intervención y dilatar el período entre sesiones podría facilitar la adquisición habilidades y conductas adaptativas.

En general, los resultados obtenidos muestran la utilidad de un tratamiento cognitivo conductual en personas con dolor crónico. Así, creemos que la intervención psicológica en este contexto deber ser individualizada y adaptada a las necesidades de cada paciente, requiriendo de una evaluación previa de las variables psicosociales implicadas en el origen y/o mantenimiento del dolor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Langley, P.C., Ruiz-Iban, M.A., Tornero, J., De Andrés, J. y González-Escalada, J.R. (2011). The prevalence, correlates and treatment of pain in Spain. *Journal of Medical Economics*, 14, 367-380. <https://doi.org/10.3111/13696998.2011.583303>

EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN DOLOR CRÓNICO: DESCRIPCIÓN DE UN CASO CLÍNICO

2. Williams, A.C., Eccleston, C. y Morley, S. (2012). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. Cochrane Database Syst Rev. <http://dx.doi.org/10.1002/1465185>