



EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE UN TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE DOLOR CRÓNICO.

Irene Casanova Menal
Psicóloga Clínico Residente.
Unidad de Salud Mental Comunitaria de Algeciras.

ASSESSMENT OF THE EFFECTIVENESS OF A COGNITIVE BEHAVIORAL TREATMENT IN A CASE OF CHRONIC PAIN DISORDER.

Irene Casanova Menal
Psicóloga Clínica Residente.
Unidad de Salud Mental Comunitaria de Algeciras.

Dirección Postal:

Irene Casanova Menal
Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) de Algeciras.
Pso. de la Conferencia s/n
11207 Algeciras (Cádiz)

E-mail: casanovair@gmail.com

Evaluación de la efectividad de un tratamiento cognitivo conductual en un caso de dolor crónico.

Resumen

En el siguiente artículo se analiza un caso único de trastorno por dolor crónico muscular asociado a factores psicológicos de una mujer de treinta años sin hallazgos médicos patológicos. Se realiza una revisión bibliográfica de las aproximaciones teóricas al concepto de dolor crónico desde la psicología clínica, contemplando el concepto de conductas de dolor de Fordyce e identificando las variables del dolor y del afrontamiento de éste que más se relacionan con la depresión, según el modelo transaccional de Lazarus y Folkman. La estrategia de tratamiento persiguió como objetivos generales el aumento de la percepción de control funcional sobre la conducta dolorosa, la regulación de la actividad física y social, el afrontamiento de situaciones sociales, un reajuste de expectativas (incluyendo la reevaluación de situaciones potencialmente estresantes) y la mejora del estado de ánimo y la autoimagen. Con el objetivo de contrastar la eficacia del paquete de técnicas cognitivo-conductuales aplicadas a la paciente, se sometieron las siete variables relacionadas con el dolor a mediciones pre y post tratamiento.

Palabras clave: dolor crónico, estudio de caso, terapia de conducta.

Abstract

The following article analyzes a single case of chronic muscle pain associated with psychological factors in a thirty year old woman without pathological medical findings. A comprehensive review of the literature on the concept of chronic pain is undertaken, considering Fordyce's concept of pain behaviors and identifying the variables of pain and coping mechanisms by the transactional model of Lazarus and Folkman. The general objectives of the treatment strategy were: increasing perception of functional control over the pain behavior, regulation of physical and social activity, coping with social situations, a readjustment of expectations, including the re-evaluation of potentially stressful situations and improving mood and self-image. In order to make the results operative and contrast the effectiveness of the cognitive behavioral techniques package applied to the patient, the seven variables related pain were subjected to pre and post treatment measurements.

Keywords: chronic pain, case study, behavior therapy.

Evaluación de la efectividad de un tratamiento cognitivo conductual en un caso de dolor crónico.

INTRODUCCIÓN

El dolor crónico representa un grave problema humano, social y económico, ya que es un trastorno que afecta a muchas personas y con todo, la medicina identifica múltiples deficiencias en su tratamiento.

El 17,25% de la población adulta española (6,10 millones de personas) sufre dolor, siendo mas frecuente en mujeres (53%, 3,1 millones) (Soares Weiser, 2010). Se distribuye en frecuencia según regiones corporales en el siguiente orden: espalda, articular, de cabeza y cervical.

Según el mismo estudio, un 42,24% de las personas que padecen dolor ve su sueño afectado, un 40,62% sufren problemas de ansiedad y el 24,43% esta diagnosticada de depresión. Un 53% se han visto obligados a reducir o limitar sus actividades habituales, viendo así mermada su calidad de vida.

Además, el dolor trae consigo una baja productividad laboral. El 39,39% de personas con dolor se ausenta de su puesto de trabajo, comparado con el 3,35% de la población que no presenta dolor.

El dolor crónico, en contraposición al agudo, se define, según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor como todo cuadro álgico de más de tres meses de duración (6 meses según DSM IV), que persiste después de la lesión que lo originó y se califica de inútil, ya que la intensidad es a menudo desproporcional a la patología observada y se asocia a patología funcional, tanto física como psicológica.

R. Menéndez Colino (2010), indica que las características del dolor crónico son:

- Indica un fracaso del organismo y carece de misión protectora.
- Prevalen más las alteraciones psicológicas que orgánicas.
- La causa del dolor es el dolor en sí mismo y es el síndrome a tratar es el propio síndrome álgico.
- Las causas del mismo presentan factores favorecedores fisiopatológicos, como la plasticidad del sistema nervioso, psicológicas y conductuales.

De acuerdo con Sternbach (1980) y Melzack y Wall (1965), los aspectos psicológicos más interesantes referidos al paciente que sufre dolor crónico, son los siguientes:

- Percepción del fracaso de los recursos terapéuticos.
- Exceso de reposo y reducción del nivel de actividad física.
- Abuso y posible dependencia de analgésicos y psicofármacos.

- Trastornos del sueño y deficiente calidad reparadora del mismo.
- Alteraciones del humor y del estado de ánimo.
- Deterioro de las habilidades de comunicación y de las habilidades sociales.
- Abandono del trabajo, de las relaciones sociales y aparición de problemas económicos.
- Falta de autonomía personal y graves problemas de relación y equilibrio familiar.

La clasificación diagnóstica DSM 5 (American Psychiatric Association, 2014), contempla el dolor crónico dentro del capítulo de Trastornos relacionados con Síntomas Somáticos, categoría de nueva formación respecto a la clasificación antecesora (DSM-IV-TR), abogando así por una clasificación de los síndromes somáticos más compatible a la usada en Medicina y categorías más útiles en Atención Primaria.

En la nueva versión del manual de la APA, el diagnóstico se basa principalmente en los signos y síntomas positivos (somatizaciones acompañadas por pensamientos, emociones y conductas desajustados), más que a la ausencia de hallazgos médicos patológicos que pueda explicar el dolor, como es el caso que analizaremos a continuación.

Además, elimina el término “somatomorfo” por resultar confuso y cambia las categorías con el objetivo de eliminar solapamientos.

El anterior “Trastorno por dolor crónico asociado a factores psicológicos” del DSM IV TR, pasa a ser un especificador del Trastorno por Síntoma Somático, (300.82, F45.1), donde encuadraremos nuestro caso. Los criterios son los siguientes:

- A. Uno o más síntomas somáticos que causan malestar o dan lugar a problemas significativos en la vida diaria.
 - B. Pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con los síntomas somáticos o asociados a la preocupación por la salud, como se pone de manifiesto por una o más de las características siguientes:
 1. Pensamientos desproporcionados y persistentes sobre la gravedad de los propios síntomas.
 2. Grado persistentemente elevado de ansiedad acerca de la salud o los síntomas.
 3. Tiempo y energía excesivos consagrados a estos síntomas o a la preocupación por la salud.
 - C. Aunque algún síntoma somático puede no estar continuamente presente, el estado sintomático es persistente (por lo general más de seis meses).
- Especificar si: Con predominio de dolor (antes trastorno doloroso): este especificador se aplica a individuos cuyos síntomas somáticos implican sobre todo dolor.

- Especificar si: Persistente: Un curso persistente se caracteriza por la presencia de síntomas intensos, alteración importante y duración prolongada (más de seis meses).
- Especificar la gravedad actual:
 - Leve: Sólo se cumple uno de los síntomas especificados en el Criterio B.
 - Moderado: Se cumplen dos o más de los síntomas especificados en el Criterio B.
 - Grave: Se cumplen dos o más de los síntomas especificados en el Criterio B y además existen múltiples quejas somáticas (o un síntoma somático muy intenso).

PRESENTACION DEL CASO

Descripción del caso

Gema. Mujer de 29 años que acude a consulta derivada por el médico de Atención Primaria. Soltera, diplomada en turismo, trabaja como auxiliar administrativo. Cuando preguntamos por sus antecedentes familiares, nos informa de que su madre sufre enfermedad reumática tipo artrosis y un posible trastorno del ánimo; ella ha tenido varias “crisis vitales” en las que ha perdido la mayor parte de su patrimonio y ha tenido varias rupturas de pareja. Respecto a los antecedentes personales, Gema afirma padecer alergia de tipo asmático tratada con fármacos antihistamínicos. Posible dependencia o toma incontrolada de analgésicos a valorar por el médico de cabecera.

Motivo de consulta

Refiere dolor en distintos puntos del cuerpo desde hace unos 10 años. Aunque en la vida cotidiana puede desarrollar la actividad con normalidad, (trabaja, se ocupa de la casa) lo hace con fatiga y dolor. Sin patología médica evidenciada que explique la sintomatología.

Describe la topografía de la sensación dolorosa durante las entrevistas como si le "hubieran dado una paliza el día anterior", rigidez, sensación de calor y tirantez. Se concentra en diversos grupos musculares del cuerpo, como la mandíbula, ojos, cara, brazos, cuello, espalda, pecho y dedos. Sensaciones de parestesias distales. Según los autoregistros el dolor es continuo con mejoras y empeoramientos, la intensidad del dolor fluctúa desde los 2 hasta los 9 puntos sobre 10. Además refiere síntomas de fatiga asociada a la actividad, enfado, irritabilidad, angustia, preocupaciones, ansiedad, síntomas depresivos, insomnio, falta de concentración, apatía, tristeza...

Estado depresivo sin tratar con antidepresivos por rechazo de la paciente. Personalidad con rasgos de autoexigencia y de sobreimplicación en las relaciones sociales. Consumo elevado de café (3 tazas al día y una a última hora de la tarde).

Historia del problema

La paciente arrastra el problema de dolor crónico desde que tenía aproximadamente 20 años, coincidiendo con el final de los estudios de grado medio y tras el divorcio de su madre con su padrastro. Cree que se ha agravado desde hace unos 5 años, cuando su madre comenzó a tener problemas económicos y tuvieron que pedir un crédito para no perder la casa en la que viven en la actualidad.

Hace un año Gema terminó una relación sentimental con un compañero del trabajo que "la dejó marcada". Durante la época que duró la relación (un año aproximadamente) la paciente refiere que sus síntomas dolorosos se redujeron de forma bastante drástica y duradera. Esta desaparición de los síntomas le sucedió también en una temporada anterior que duró 8 meses en la que estuvo residiendo en Londres.

Nota que el dolor aumenta tras cualquier esfuerzo físico, en épocas de frío y durante la menstruación; en cambio no ha percibido relación con consumo de alimentos o alcohol.

Preguntamos también por la disposición familiar y las relaciones sociales. En la actualidad convive con su madre (que pasa largas temporadas fuera, ya que es comerciante en ferias) y con dos inquilinos. Tiene una hermana mayor que esta independizada. Mantiene relación con su padre biológico (que reside en Perú, y con el que ha estado pasando temporadas de vacaciones) y con su ex-padrastro, que también reside fuera de Madrid. Gema, siendo menor de edad vivió un divorcio problemático y posiblemente escenas de abuso físico por parte de su padre a su madre, factor relacionado con el dolor crónico en mujeres (Wuest y cols, 2009). Podríamos calificar la estructura familiar como desestructurada, ya que a partir de ese momento la madre de Gema comienza a viajar y a pasar largas temporadas fuera del hogar, empujando a Gema a adoptar un rol adulto temprano. Cuenta con algunas amigas íntimas y compañeras de trabajo. Insatisfacción de desarrollo laboral y personal. En el trabajo se siente "estancada e incompetente", y le gustaría buscar otro trabajo en el extranjero, aunque reconoce que le es cómodo y no le exige esfuerzo, y que en "su situación" (refiriéndose a los síntomas dolorosos) conservar el trabajo es lo mejor.

Las pautas de interacción que nos describe Gema denotan un patente déficit de asertividad. ("Me cuesta decir las cosas y las acabo diciendo de mala manera"). Agresividad. Culpa. Enfado. Sobre todo con la madre. Tiende a sobreimplicarse con las relaciones. Últimamente, desde la última relación que tuvo le cuesta salir con chicos porque "les exige mucho compromiso".

Explorando los intentos de tratamiento anteriores y actuales, la paciente consultó por este problema al médico de Atención Primaria cuando apareció. El año anterior le hicieron múltiples pruebas médicas de las que no trae informe y la derivaron al reumatólogo, el cual descartó patología orgánica evidente, incluido diagnóstico de fibromialgia y de ninguna otra enfermedad. Ha pedido bajas de unos 3

días cuando tenía mucho dolor. Dice que no le gusta pedir la baja, ya que piensa que su médico no la cree y teme pedírsela.

En la actualidad toma fármacos analgésicos (paracetamol, antiinflamatorios, (ibuprofeno, dexquetoprofeno), relajantes musculares (como tetrazepam) y además benzodiazepinas de forma ocasional (bromazepam). No tiene pautas de toma establecidas por su médico. Dice que intenta no tomarlos hasta que se ve muy desbordada ya que le producen dolor de estómago, taquicardia y somnolencia como efectos secundarios y el alivio no es percibido como importante.

Acude a un fisioterapeuta una vez a la semana o cada 15 días. Le da masajes y en ocasiones le aplica tratamientos de acupuntura. Nota agravamiento durante el día posterior y después una ligera mejoría. Intenta distraerse, salir de casa, pero a veces no le funciona. Piensa que el control del dolor depende del azar o la casualidad. Practica yoga, pilates, natación y spinning, aunque no de forma constante.

Deja de ir al gimnasio como método de disminución del dolor. Lo que más le gusta es el spinning.

Gema no presenta aceptación de la enfermedad, sabe que es crónico pero no actúa como tal, esta motivada al tratamiento y tiene altas expectativas hacia la terapia psicológica, aunque piensa que si cambiara su situación económica o si se instalara en una ciudad extranjera sus dolores desaparecerían de forma espontánea y se muestra muy impaciente con la resolución de la situación. No recibe ningún subsidio por incapacidad, ni social, ni está en proceso de solicitud ni concesión.

Su actividad cotidiana se describe como un patrón yo-yo de actividad. Aparecen conductas de auto exigencia en los periodos en los que se encuentra mejor. Remordimientos del tipo: “no he ido al gimnasio, no he ayudado a mi madre, tengo que quedar con mi amiga” hacen que se implique en actividades intensas forzadas seguidas por periodos de inactividad extrema a causa del dolor o la fatiga.

La paciente presenta conductas de dolor (Fordyce, 1976) observables en la consulta, que incluyen en este caso: quejas de dolor y sufrimiento, sonidos paralingüísticos (gemidos, suspiros...), las posturas y gestos corporales (cojeras, muecas), el déficit o la limitación funcional (permanecer echado todo el día y/o sin actividad alguna), las conductas dirigidas a la reducción del dolor (ingesta de medicamentos, consultas médicas), etc.

Las quejas a sus familiares, amigos y compañeros de trabajo son casi continuas. Pide fármacos o bebidas u otro tipo de ayuda (masaje). Toca o masajea la zona dolorida. Llora y a veces cancela actividades de deporte y ocio, como ir al gimnasio o salir con sus amigas los fines de semana. En ocasiones se encama a causa del dolor.

En el lugar de trabajo todo el mundo esta informado de que Gema sufre dolor y le preguntan, cuando le duele le relevan de alguna tarea (reforzamiento negativo), le

ofrecen analgésicos... Su madre, cuando esta en casa suele relevarla de tareas del hogar. En ocasiones ella no se siente comprendida y piensa que no la creen cuando se queja.

Gema usa, eminentemente estrategias de afrontamiento pasivas (Lazarus y Folkman, 1985), ya que hace partícipes cada día y en varios escenarios sociales (familiar, laboral...) a las personas que la rodean, puntuando alto en depresión y sufriendo mayor limitación en su vida, además de tener conflictos relacionales por este y otros motivos.

La paciente presenta creencias estables, negativas, internas y globales, que, sumadas a un patrón de sobreexigencia, pudiera explicar parte de su estado depresivo y su atribución del dolor a una personalidad melancólica (“yo sé que por ser melancólica me produzco esto”). Acepta el factor psicológico que influye en el dolor, pero cree que no puede cambiar su tendencia depresiva y por lo tanto el dolor. El locus de control es externo, estable...

EVALUACIÓN

Se sometió a la paciente a las siguientes pruebas psicométricas:

- **BDI: (Beck Depression Inventory)** (Beck y cols., 1961), adaptación española de Vázquez y Sanz (1991). Consta de 21 apartados, en los que el sujeto debe seleccionar una frase por apartado en función de su grado de identificación. El rango de la puntuación obtenida se encuentra entre 0 y 63, y los puntos de corte que se proponen para graduar los distintos niveles de depresión son: a) no depresivo o normales, puntuaciones entre 0 y 9; b) depresión leve, puntuaciones entre 10 y 18; c) depresión moderada, puntuaciones entre 19 y 29; d) depresión grave, puntuaciones entre 30 y 63

La puntuación de Gema en este inventario fue de: 28 depresión moderada.

- **CIS20- R: Escala de Fatiga** (Checklist Individual Strength) (Vercoulen y cols., 1999). La escala de fatiga CIS 20R cuantifica la fatiga subjetiva y los aspectos conductuales. La escala CIS está bien validada en el entorno clínico (Bultmann, De Vries, Beurskens, Bleijenberg, Vercoulen y Kant, 2000).

Las puntuaciones de Gema en esta escala fueron las siguientes: a) subescala 1: sentimiento subjetivo de fatiga (52/56), b) subescala 2: concentración (27/35), c) subescala 3: motivación (28/28) y d) subescala 4: actividad física (15/21)

Las puntuaciones indican una gran fatiga y desmotivación.

- **MPI: Multidimensional Pain Inventory** (Kerns, Turk y Rudy, 1985). El MPI es un instrumento basado en el modelo cognitivo conductual para la evaluación global de las siguientes dimensiones de la experiencia de dolor crónico: la intensidad del dolor, angustia emocional, la adaptación cognitiva y funcional y el apoyo social. Es uno de los mejores instrumentos disponibles para evaluar el ajuste global de los pacientes con dolor crónico y los resultados de las intervenciones terapéuticas.

Las puntuaciones de Gema en este inventario fueron:

PARTE 1: IMPACTO DEL DOLOR	
Interferencia	4/6
Apoyo	3,3/6
Gravedad del dolor	3,6/6
Control	3,5/6
Malestar emocional (angustia afectiva)	3/6
PARTE 2: RESPUESTAS DE PERSONAS SIGNIFICATIVAS	
Respuestas negativas (castigo)	1/6
Respuestas solícitas	2,8/6
Respuestas distractoras	2,75/6
PARTE 3: ACTIVIDAD	
Tareas del hogar	2/6
Trabajo al aire libre	NO VÁLIDA
Actividades fuera de casa	2/6
Actividades sociales	0,6/6
Actividad general	1,53/6

- **CADC: Autoeficacia del Control del Dolor** (Chronic Pain Self-Efficacy Scale). (Anderson, Dowds, Pelletz, Edwards y Peeters-Asdourian, 1995).

Es un instrumento útil para evaluar las expectativas de autoeficacia respecto del control del dolor crónico benigno. Los autores de esta escala aplican el constructo de autoeficacia (Bandura, 1982) al dolor crónico, interpretando la autoeficacia como las creencias del paciente acerca de la propia capacidad para manejar los diferentes síntomas del dolor, controlar el funcionamiento físico y la percepción dolorosa. Esta integrada por 22 ítems, presenta una adecuada fiabilidad para las tres escalas, fiabilidad test retest y validez.

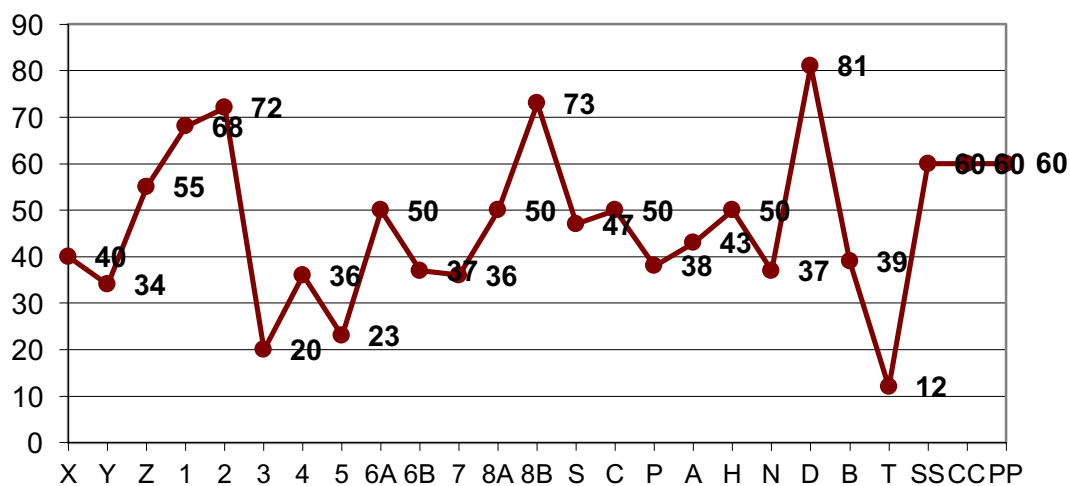
Las puntuaciones de Gema en esta escala fueron: Escala de autoeficacia en control de síntomas (42/80), Escala de autoeficacia en funcionamiento físico (46/60), Escala de autoeficacia en manejo del dolor (21/70).

- **Índice de Discapacidad de Oswestry** (Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire). El cuestionario de incapacidad de Oswestry mide el nivel de afectación a las capacidades funcionales de la vida del individuo. Tiene valor predictivo de cronificación del dolor, duración de la baja laboral y de resultado del tratamiento. Fue publicada en 1980 por Fairbank y cols. y adaptada al castellano por Florez y cols. en 1995.

La paciente presenta una incapacidad según este índice del 34%, es decir, una incapacidad moderada. Los pacientes que se incluyen en este rango, según el manual del cuestionario, pueden experimentar más dolor y dificultades para levantar pesos, sentarse o estar de pie. Los viajes y la vida social son más dificultosas y pueden estar incapacitados para trabajar. El cuidado personal, actividad sexual y el sueño no están groseramente afectados. El tratamiento conservador puede ser suficiente.

- **MCMI II: Inventario Clínico Multiaxial de Millon II.** Se aplica para explorar los trastornos personalidad, las posibles patologías y los síndromes clínicos. El MCMI II cuenta con 175 elementos y está validado y es fiable para apoyar el diagnóstico en pacientes en terapia psicológica. Se consideran puntuaciones clínicamente significativas si superan el punto de corte de 75 (75-84: Nivel de funcionamiento crónico y moderadamente grave de la personalidad; > o igual a 85: Patrones de la personalidad descompensados).

En el caso que nos ocupa, se encuentra que en general presenta una personalidad equilibrada, ya que el test indica que no existe ningún indicador elevado, siendo la única puntuación que corresponde a un indicador moderado (75- 85) el de DISTIMIA, con un 81. En la escala 8B (autodestrucción, masoquista) también puntúa alto aunque no llega a sobrepasar el punto de corte. Esto puede concordar con el estado deprimido de Gema. Las puntuaciones se pueden observar en la siguiente gráfica:



Escalas	Patrones Clínicos de Personalidad
Escala X: Sinceridad Escala Y: Deseabilidad Escala Z: Alteración Escala 1: Esquizoide Escala 2: Fóbica (Evitativa) Escala 3: Dependiente (Sumisa) Escala 4: Histriónica Escala 5: Narcisista Escala 6A: Antisocial Escala 6B: Agresivo-Sádica Escala 7: Compulsiva (Rígida) Escala 8A: Pasivo-Agresiva Escala 8B: Autodestructiva (Masoquista) Escala A: Ansiedad Escala H: Histeriforme Escala N: Hipomanía Escala D: Distimia Escala B: Abuso de alcohol Escala T: Abuso de drogas	<ul style="list-style-type: none"> • Escala S: Esquizotípica • Escala C: Límite (Borderline) • Escala P: Paranoide • Escala SS: Pensamiento psicótico • Escala CC: Depresión mayor • Escala PP: Trastorno delirante

- **Autoregistro.** Se elaboró un autoregistro cognitivo conductual específico para este caso y lo cumplimentó en casa ayudada por una escala analógica visual (termómetro de dolor), tras entrenamiento en su elaboración. A continuación podemos ver un ejemplo de uno de los autorregistros elaborados por Gema.

El dolor cursa de una forma continua con mejoras y empeoramientos; la intensidad del dolor fluctúa desde los 2 hasta los 9 puntos sobre 10. Además refiere síntomas de fatiga asociada a la actividad.

SEMANA 3-9 ENERO 2011 → 1ª SEMANA / 3									
DIA	HORA	PORTE DEL CUERPO	INTENSIDAD (0-10)	DURACION (h/m/n)	DESCRIPCIÓN DOLOR	DESACADENANTE?	PENSAMIENTOS	CONDUCTA	
5	10	brazos manos	8	siempre y va	costalillo aprietan dedo golpe	no se, me due no se, brazos?	no puedo + estoy harta	parece normal llover, agarra nada, agriet SP2.	
7	7	Medio espalda	6	2-3 h.	como si se huyese a golpe intenso castigo	no se, lo de siempre	que voy a reunir (por se fuerme 1er a mes) fuerme (patillas?)	boscan, postu u do mmr	
8	noche								
11	9:30	brazo dcho brazo izdo	6 2	MEJOR	rasgado costalillo Kilobardo dolor izdo codo	Peso a noche y se me va pasado mal	no lo hago cansado, no g poco no puedo que haber cansado 1º a SP2 (pudo)	Realme, 28re	
12		brazos mano dedo	6 y 2	9-17:30	codo caluroso dedos asidos cuello hombro		cansado necesito no moviendo un tiempo por medido?	espero un r de días + tracarme estiar, SP	
Resto días		manos y dcho							
19		Dedo hombro	5		dedo asido costalillo hombros	no se	fuerme sup fombarme.	foca	
20		brazo espalda	7	7:00 h	brazo dcho espalda asido	Utae, no se		fombarme postillo	
21		Mein							
22									
23									
24		Centro espalda brazos dedo	6	7:00 h	dedo asido costalillo espalda risida hombros	no se soy de mucho fuerme	espero sup se (pase cos riles) Dedos no se que est?	estiro carme foca fombarme	
25									
26		Mein							
27									

Día/ hora/ parte del cuerpo/ intensidad del dolor (0-10)/duración/descripción del dolor/ desencadenante/ pensamientos y emociones/ conducta.

ANÁLISIS FUNCIONAL

Con los datos aportados hasta el momento por la paciente en las entrevistas, los auto-registros y los cuestionarios, se elaboró el análisis funcional de las conductas problema del caso, que de forma esquemática se presenta en la Tabla 1.

A (ANTECEDENTES)	B (CONDUCTA)	C (CONSECUENTES)
<u>REMOTOS, VBS. PREDISPOSICIONALES</u> - Modelo y estructura familiar desestructurado - Rol adulto temprano. - Rasgos autoexigencia. - Metas vitales irreales. - Sobreimplicación relaciones. - Consumo café elevado. <u>DESENCADENANTES</u> - Termina estudios - Divorcio. - Ruptura sentimental. - Problemas económicos. <u>SITUACIONALES</u> - Esfuerzos físicos - Picos de actividad. - Frío - Menstruación - Madre en casa - Discusión madre.	<u>C.FISIOLÓGICO</u> - Dolor grupos musculares superiores. - Parestesias distales. - Fatiga <u>C.COGNITIVO</u> - Creencias estables, negativas, internas y globales. (personalidad melancólica) - Pensamientos automáticos (deberías,("tengo que..." "no he conseguido ningún objetivo en la vida"), lectura del pensamiento ("no me creen"), Abstracción selectiva ("No me hacen caso") <u>C.MOTOR</u> - Cambio postural continuo. Posturas forzadas. - Tensión muscular. - Quejas. (ay!, no puedo mas!, uff!) - Hiperreactividad al contacto físico. - Picos actividad extrema (spinning, salir noche) - Tumbarse, encamarse. - Automasaje, pide masaje. - Peleas con su madre. <u>C.EMOCIONAL</u> - Culpa - Tristeza. Apatía. - Enfado - Disminución Concentración.	<u>A CORTO PLAZO:</u> - Bajas médicas. - Entorno le pregunta por dolor. - Le ofrecen analgésicos. - Le dan masajes. - Madre la releva tareas hogar. <u>A LARGO PLAZO:</u> - Aumento del dolor. - Disminución de la actividad. - Estado de ánimo deprimido - Sentimientos de incapacidad.

Tabla 1. Esquema del Análisis Funcional de la Conducta

Como antecedentes remotos que puedan explicar la sintomatología actual de Gema, contamos con el funcionamiento familiar de la paciente, que le obligó a mantener un rol adulto temprano y pudiera implicar rasgos de autoexigencia elevados con metas vitales muy rígidas.

El dolor se desencadenó por primera vez en una época muy concreta, en la que aparecen ciertos acontecimientos vitales (termina los estudios, el divorcio con los consecuentes problemas económicos, su ruptura sentimental...).

Según el modelo de Fordyce (1976), es probable que Gema sufriera algún episodio de dolor agudo que persistió un cierto tiempo y dio la oportunidad para que el aprendizaje y el condicionamiento ejerciesen su influencia. Así, a corto plazo, las llamadas conductas de dolor pudieron ser reforzadas positivamente por los consecuentes inmediatos (bajas médicas prolongadas, atenciones y cuidados del entorno, abstención de tareas y responsabilidades, conductas de cuidado), pero, a largo plazo, pudieron generar un aumento del dolor y una disminución de la actividad por evitación, lo que a su vez pudo provocar una bajada del estado de ánimo.

Los antecedentes inmediatos de los episodios de empeoramiento del dolor suelen ser los picos de actividad extrema seguidos de periodos de inactividad y factores de conflicto social o familiar.

Respecto a la sintomatología cognitiva, el hecho de considerar no haber alcanzado el éxito personal a día de hoy le hace sentirse triste y ansiosa. Esto a nivel cognitivo se refleja en unas creencias negativas estables, internas y globales (“soy una perdedora”), un bajo autoconcepto y pensamientos automáticos tipo deberías (“tendría que estar ganando mucho dinero, con una pareja estable, una familia formada, vivir en el extranjero...”), lectura del pensamiento, adivinación del futuro y abstracción selectiva.

HIPÓTESIS CLÍNICAS

Hipótesis de inicio:

Episodio de dolor durante trastorno del estado de ánimo coincidiendo con situaciones vitales estresantes.

Hipótesis de mantenimiento:

Patrón de actividad irregular. Reforzadores ambientales. Patrones relacionales y estrategias de afrontamiento disfuncionales.

DIAGNÓSTICO

En pacientes con dolor crónico es común que haya un diagnóstico adicional. En nuestro caso es así respecto a un trastorno depresivo y se codifican y tratan ambos trastornos.

La paciente cumple en la actualidad los criterios del DSM 5 para:

Trastorno por Síntoma Somático (F45.1), con predominio de dolor, persistente (mas de 6 meses de duración) y moderado (cumple dos de los criterios de B, pero sólo tiene un síntoma específico de dolor).

Trastorno Depresivo Persistente (DISTIMIA) (F34.1).

El diagnóstico diferencial se realizó con respecto al trastorno depresivo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad por enfermarse, trastorno de pánico, trastorno conversivo, simulación, trastorno facticio, etc. El trastorno depresivo es bastante común de filiar junto a un trastorno con somatizaciones dolorosas (Banks, S.M. y Kerns, R.D., 1996).

TRATAMIENTO

La mayor contribución de la terapia cognitivo-conductual al dolor crónico es la mejora del funcionamiento del paciente, así como el incremento de su calidad de vida y prevención de incapacidad. No obstante encontramos estudios que son concluyentes en la reducción del propio dolor.

Los programas multicomponente han demostrado su superioridad en eficacia por la individualización y ajuste al caso en concreto, e incluso es beneficioso permitir que el paciente sea quién elija en alguna medida las técnicas que se adaptan mejor a sus objetivos. (Evers y cols., 2002, Vallejo, 2005).

La terapia cognitiva de Beck es uno de los referentes en tratamiento de los trastornos depresivos. En esta ocasión, la distimia de Gema se trató usando esta técnica de reestructuración cognitiva y además se usaron estrategias de corte conductual, como activación conductual (mediante la planificación de actividades agradables), entrenamiento en habilidades sociales y asertividad, un programa de aumento de la autoestima y terapia de solución de problemas. Así mismo se incidió en los aspectos relacionales que pudieran estar manteniendo conductas pasivas y de indefensión.

Objetivos del tratamiento y técnicas:

OBJETIVOS	TÉCNICAS
Aumento del conocimiento sobre el inicio y el mantenimiento del trastorno de dolor crónico.	Psicoeducación, biblioterapia.
Aumento de la coordinación interdisciplinar.	Llamadas médico, fisioterapeuta.
Aumento de la percepción de control funcional en crisis o picos de dolor.	Control de la activación: Respiración diafragmática. Relajación muscular progresiva de Jacobson. Planificar actuación en picos de dolor. Autocontrol, auto-instrucciones.
Regulación de la actividad.	Auto-registros. Planificación de la actividad.
Estabilización del patrón del sueño.	Programa de higiene del sueño. Disminución de consumo de café.
Uso pautado del tratamiento farmacológico.	Consulta médico.
Afrontamiento de situaciones sociales.	Entrenamiento en habilidades sociales: asertividad, expresión emocional, rol playing.
Reestructuración de creencias disfuncionales. Ajuste de expectativas.	Reestructuración cognitiva de Beck.
Mejora del estado de ánimo.	Reestructuración cognitiva. Disminución culpabilidad y responsabilidad. Actividades placenteras. Programa Autoestima.
Reevaluación de situaciones potencialmente estresantes. Priorización.	Reestructuración cognitiva. Pensamientos tipo "deberías". Técnicas de solución de problemas. Asertividad.
Mejora de la autoimagen.	Programa autoestima.

Desarrollo de las Sesiones:

<i>Número de Sesión/Objetivos</i>	<i>Técnicas/Pruebas</i>
1ª SESIÓN - Evaluar	-Entrevista no estructurada.
2ª SESIÓN - Evaluar. - Restaurar hábitos de sueño.	- Entrevista semi-estructurada. - Se le dan cuestionarios para que los rellene en casa. - Higiene del Sueño. - Entrenamiento en cumplimentación de registros.
3ª SESIÓN - Evaluar. - Disminución de la activación.	-Autoafirmaciones para controlar la ansiedad (Meichembaum, 1977). -Entrenamiento en Respiración diafragmática.

4ª SESIÓN - Evaluar.	Se explora en profundidad el área cognitiva (pensamientos e ideas desadaptativas, ideas específicas acerca del dolor) y relacional. Se exploran el manejo de situaciones sociales estresantes, actitudes sociales y asertividad.
5ª SESIÓN - Evaluar.	Historia personal. Exploramos duelo por ruptura sentimental. Se explora historia y adherencia a tratamiento médico.
6ª SESIÓN - Disminución de la activación.	Entrenamiento en Relajación Muscular Progresiva de Jacobson.
7ª SESIÓN - Devolución de la información.	Ajuste de expectativas sobre el dolor crónico. Devolución de información recopilada. Psicoeducación: dolor crónico, estrés, actividad. Explicación de modelo de mantenimiento actividad-dolor. Importancia de las estrategias de afrontamiento activas.
8ª SESIÓN. - Psicoeducación.	Biblioterapia: <i>“Cara a cara con tu dolor: Técnicas y estrategias para reducir el dolor crónico”</i> (Jenny Moix, ediciones Paidós, 2012).
9ª SESIÓN. - Aumento de las estrategias de afrontamiento activas.	Abordaje del papel de las relaciones personales y papel en el dolor. Identificación de la relación con la madre como factor estresante. Manejo, expectativas. Se aborda papel de la queja en la comunicación interpersonal. Control de Contingencias.
10ª SESIÓN. - Aumento de la coordinación interdisciplinar.	Llamada médico. Rechazo a la toma de antidepresivos y consumo analgésicos.
11ª SESIÓN. - Regulación actividad. - Priorización de actividades. - Aumento del control funcional en picos de dolor.	Se instaure pauta actividades homogéneas, actividad física suave 2 o 3 veces por semana. Planificación y registro de actividades (obligatorias y gratificantes). Autoinstrucciones para picos de dolor. Técnicas de distracción y elicitación de emociones positivas. Mindfulness.
12ª SESIÓN. - Eliminación de creencias disfuncionales.	Se le explican distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos. Reestructuración Cognitiva.
13ª SESIÓN. - Mejora de la autoimagen	Programa aumento autoestima.
14ª SESIÓN. - Afrontamiento de situaciones sociales estresantes.	Rol playing. Programa de habilidades sociales.
15ª SESIÓN. Contacto telefónico.	Consejo afrontamiento del estrés.

Descripción teórica y funcional de las técnicas utilizadas:

En este apartado vamos a describir las técnicas usadas para conseguir los objetivos del tratamiento:

Técnica de Autoinstrucciones de Meichembaum

Se aprovecha la ocurrencia de una crisis de ansiedad en consulta y se interviene entrenando in situ la técnica de autoinstrucciones de Meichembaum (1977), enseñando por modelado a hablarse a sí misma de forma positiva, haciéndole repetir: “la ansiedad no es peligrosa”, “la ansiedad es molesta, pero no peligrosa”, “mi malestar durará unos minutos e irá desapareciendo”, “poco a poco voy a calmarme, voy a estar bien” etc... Posteriormente se le refuerza socialmente por haber aguantado en la situación y se le muestran frases de autoreforzo, tipo: “lo he hecho bien”, “puedo aprender a superar la ansiedad”, “he mejorado por mi misma”

Relajación Muscular Progresiva de Jacobson

Se comienza en la sesión 6 a entrenar en Relajación Muscular Progresiva de Jacobson (1939), con tensión y distensión de grupos musculares, que a partir de aquí practica diariamente con excepciones y que según afirma Gema le sirve durante un tiempo como técnica de control de los picos de dolor. El uso de la relajación no tiene un efecto directo sobre el control del dolor genérico, pero sí incluido en un programa multicomponente (junto con otras estrategias de afrontamiento) para control de la ansiedad asociada al dolor. Su acción produciría, en principio, una reducción de un determinado tipo de actividad fisiológica: la musculoesquelética, así como una disminución de la actividad adrenérgica y un aumento de la actividad parasimpática. Estos efectos podrían, de forma genérica, producir una disminución de la ansiedad y, también, la reducción de algunas actividades fisiológicas concretas que pudieran perpetuar o incrementar el dolor. Sí se ha demostrado una acción directa sobre las cefaleas de tipo idiopático (Vallejo, 2005)

Psicoeducación

Utilizando la presión muscular como estímulo aversivo (dolor isquémico), Turk (1995) ofreció a unos sujetos experimentales una explicación psicoeducativa sobre el dolor basada en la teoría fisiológica de Melzack (1965), encontrando cambios significativos de adaptación al dolor de estas personas a las que se les había expuesto. Resultó útil en la aplicación de esta técnica explicar a la paciente, basándonos en los estudios de Sternbach (1980), las diferencias entre los dos tipos de dolor: el dolor agudo dura poco y produce ansiedad y aprensión, en cambio, el dolor crónico es persistente, prolongado y tiende a producir depresión en su víctima. Mientras el dolor agudo hace la función de un síntoma, el dolor crónico puede considerarse en sí mismo una enfermedad o un trastorno. Además, muchos de los tratamientos médicos (por ejemplo, medicación, descanso e inactividad, cirugía, etc.) efectivos con el dolor

agudo fracasan o incluso son contraproducentes al aplicarse a pacientes con dolor crónico (Bonica, 1977).

Se le explicó el mecanismo del dolor, su cronicidad, las estrategias de afrontamiento, las diferentes técnicas que puede usar para contrarrestar la sensación dolorosa (relajación, distracción, actividades, planificación de descanso etc.) y el papel de nuestra relación con los demás en la modulación del dolor. La enseñanza de las técnicas a realizar se adecuó a los aspectos que el propio Melzack (1965) distingue en el dolor (sensorial-discriminativo, afectivo-emocional y cognitivo-evaluativo), en definitiva, recalcar el valor de los mensajes que mandamos a nuestro cuerpo y que modulan y controlan el dolor. Gema se sintió muy reconfortada, ya que muchas veces pensó que desde su entorno no la creían, que era un dolor inventado y le sirvió mucho conocer más acerca de este mecanismo fisiológico.

Modificación de las Estrategias de Afrontamiento

En la sesión 7 se aborda la importancia de usar estrategias de afrontamiento activas ante el dolor, en un marco de aceptación de la cronicidad de su condición. Gema, como muchos pacientes con dolor crónico idiopático, se resiste a adaptarse y convivir con estos síntomas, además se une que el no tener un diagnóstico ni justificación orgánica es otro factor de estrés e incompreensión, ya que se le hace más difícil asumir sus limitaciones conductuales y la elaboración emocional, y como consecuencia continua usando estrategias de afrontamiento pasivas (Lazarus y Folkman, 1984). También según Melzack y Wall (1965), un nivel adecuado de actividad física, con afrontamiento de los problemas de la vida diaria, produciría un mejor ajuste y entraría en un proceso circular de adaptación por cambios fisiológicos saludables. Al usar esta técnica se instruye y se motiva a la paciente a usar estrategias de afrontamiento activas, tales como centrarse en la tarea que tiene delante y como adaptarse a ella, búsqueda de bienestar y un mejor ajuste en autoafirmación, distracción, autocuidado, etc., y a evitar aquellas que son pasivas y le llevan al malestar, tales como el reposo y el catastrofismo. En la práctica se lleva a cabo buscando ejemplos de su vida diaria y analizando las consecuencias como toma de decisiones y resolución de problemas.

Los problemas sociales y familiares de índole económico han sido una variable que ha influido en todo el proceso de terapia. De hecho en la primera entrevista Gema expresa que “si se vendiera la vivienda familiar todos sus problemas acabarían”.

Otro aspecto importante fue la modificación de ideas irracionales sobre los derechos asertivos y el desarrollo de estrategias de comunicación, sobre todo a la hora de relacionarse con la madre. Darle una negativa cuando le pedía dinero era algo que le costaba mucho y la llenaba de culpabilidad y pena; se sentía “muy mala hija” por dejar que su madre “malviviera” y vivía con la amenaza de perder la casa.

Gema deseaba deshacerse de la deuda que había contraído para no perder la casa y dejar de mantener a su madre (esta le pedía dinero de forma mensual para

combustible, reparaciones del coche, etc.), ya que quiere desde hace unos ahorrar para irse al extranjero o vivir de forma independiente, y está convencida de que nada de lo que haga o diga puede cambiar el comportamiento de su madre, que Gema valora como errático y ambivalente, (ya que le dice que haga lo que quiera con su vida y no se preocupe por ella, que ella siempre ha sido libre y no puede dejar las ferias, pero luego le pide dinero cuando esta ahogada). Se cambió la óptica del conflicto vivido como situación impuesta a que cada vez que ayudaba a su madre lo tomara como una toma de decisiones, y que decidiera en cada caso qué hacer, si le compensaba o no ayudar a su madre según sus metas y valores.

Cuando aumenta el estado de ánimo, la autoestima y la asertividad decide vivir de forma independiente y deja que ejecuten la hipoteca de la casa en la que vive.

Curiosamente, cuando esto sucede Gema expresa que siente un gran alivio y que aunque tenía algo de dinero ahorrado no ha querido nunca usarlo para conservar la casa o mantener a su madre, y que es la primera vez que decide invertirlo en ella misma sin sentirse culpable.

Modificación de las Contingencias

El control de contingencias juega un papel fundamental en el trastorno por dolor en general y en el caso de Gema en particular. Estar enferma supuso en ella una utilidad manifiesta al aumentar el absentismo laboral, ser relevada de algunas tareas y sobretodo de dejar de tomar decisiones en cuanto a su futuro; se trata pues de una «ganancia secundaria» a la propia afección dolorosa que se aborda a partir de la sesión 9. La sociedad permite que los individuos enfermos abandonen sus responsabilidades laborales, sociales y familiares; el niño está excusado de ir a la escuela y el adulto de asistir a su trabajo y de ejercer su rol de padre. Todo ello, nos permite explicar por qué en algunos casos el dolor puede persistir mucho tiempo después de la cicatrización de los tejidos o del dolor agudo. Los principios del aprendizaje nos ayudan por lo tanto a entender el por qué del mantenimiento de estos dolores durante tanto tiempo. Los comportamientos ante el dolor que se conservan principalmente a través de los reforzadores del medio, pueden tratarse alterando dichas medidas o reforzando el comportamiento incompatible.

La familia, en este caso la madre de Gema, es un factor fundamental en el mantenimiento de estas conductas de dolor, reforzadas por la simple atención. Un simple procedimiento experimental pavloviano, como es la extinción (dejar de prestar atención y cuidados en los momentos en que los demanda con comportamientos dolorosos), significó la disminución paulatina de estas conductas apareciendo en su lugar otras más saludables y positivas.

Practica de Actividad Física y Planificación de Actividades.

En el caso que nos ocupa, fue fundamental un cambio en la planificación de actividades y en la práctica de actividad física. Un modo natural, no farmacológico, de facilitar que los sistemas de analgesia endógena funcionen es manteniendo el nivel de actividad física: haciendo ejercicio, afrontando problemas etc. Se trata de procesos circulares: la actividad mejoró la modulación del dolor y la capacidad de Gema para actuar. Todo ello se fundamenta en términos teóricos y empíricos en la psicofisiología del dolor (ver Vallejo y Comeche, 1999).

Las intervenciones conductuales partieron de no enfrentarse ni atender directamente al dolor, pero dirigido a que Gema recuperara y mantuviera sus actividades ordinarias y extraordinarias, con independencia del dolor y combatiendo, por el contrario, la actividades de dolor: conductas de queja e incapacidad. Ciertamente las personas con dolor, como en otro tipo de condiciones no dolorosas, pueden no estar en condiciones en determinados momentos de hacer alguna cosas, pero sí otras en otros momentos. Se animó a Gema a recuperar la dirección de las propias actividades con el resultado de esa decisión de seguir haciendo cosas a pesar del dolor, equilibrando las actividades obligatorias y las agradables de ocio. Así, modificó el ejercicio físico, las relaciones sociales, el cumplimiento de la jornada laboral, actividades de ocio, etc. Paradójicamente, o en contra de las predicciones del paciente, su familia e incluso del personal sanitario, a los pacientes no sólo no les aumenta el dolor al incrementar la actividad sino que disminuye, aunque no desaparece (Vallejo, 2005).

La modificación del ejercicio físico fue clave para la mejoría de Gema, ya que cambió el spinning (deporte intenso) de forma esporádica por ejercicio aeróbico suave y pilates de forma semanal, lo que le ayudó a no extenuarse y tener una actividad física mas moderada y estable, evitando las crisis dolorosas.

La planificación del tiempo y de actividades es un eje del tratamiento conductual, ya que elimina el factor de estrés, la percepción de falta de tiempo e impaciencia e impide la sobrecarga. Especialmente importante es la planificación de descansos, en el caso de Gema fueron cada 3 horas.

La exposición situacional, que es ampliamente utilizado en los trastornos de ansiedad, lo es también en el tratamiento del dolor. Se consiguió que la paciente se expusiera (realizara) de forma gradual aquellas actividades que temía que la desencadenaran, aumentaran o favorecieran la aparición del dolor. De este modo se redujo la ansiedad y el miedo, que contribuían a agravar el cuadro de dolor crónico, y se aumentó su capacidad funcional lo que mejoró su estado de ánimo, autoestima, afrontamiento del dolor, etc.

Técnicas de Distracción y Elicitación de Emociones Positivas

La estrategia de “pensar en otra cosa” tal vez sea el método espontáneo más utilizado para enfrentarse al dolor moderado, pero Gema, como muchos pacientes aquejados de dolor crónico redujo sus actividades sociolaborales, sociales y familiares e invirtió mucho tiempo a estar concentrada en su situación dolorosa. Precisamente con ese grado de vigilancia, identificaba grados muy bajos de nocicepción, es decir, desarrolló gran hipersensibilidad al dolor. Se consiguió, planificando y reforzándole por los cambios, que Gema se dedicase su atención a algunas actividades gratificantes y distractoras concomitantes al dolor, como llamar a sus amigas, ver videos de interés, ver series de tv o hacer manualidades. Así se logró en parte llevar al exterior la atención de Gema

Terapia de Aceptación y Compromiso y Mindfulness

Algunas de las intervenciones con Gema se basaron en la Terapia de Aceptación y Compromiso y en la Terapia basada en la Conciencia Plena (Mindfulness).

M.A. Vallejo, 2001, describe la técnica de mindfulness como “atención y conciencia plena, como presencia atenta y reflexiva a lo que sucede en el momento actual”. Pretende que la persona se centre en el momento presente de un modo activo, procurando no interferir ni valorar procesos de carácter no verbal, aceptando y viviendo sensaciones y aspectos emocionales sin evitarlos ni intentando controlarlos.

Aunque el mindfulness ha adquirido una cierta notoriedad, sobre todo en EE.UU. de mano de los valores orientales, refiere algunos aspectos ya conocidos en psicología: la exposición y la autorregulación basadas en las técnicas de biofeedback o en el uso de la hipnosis, donde hay un dejar que los fenómenos perceptivos y sensoriales se muestren como ellos son. Su principal utilidad, más allá de las técnicas concretas que ofrezca, tal vez sea el contrastar con una psicología que propugna el control, el bienestar, la eliminación del estrés, la ansiedad, etc., mediante procedimientos que, a falta de esa experimentación natural, pueden contribuir a perpetuarlos.

Mc.Cracken (2004), ha aplicado estos procedimientos al tratamiento del dolor. Hoy día este es un ámbito de desarrollo e interés en el tratamiento del dolor crónico con propuestas de programas concretos y resultados preliminares de interés en diversos problemas de dolor crónico. Vallejo en 2006, observó también una mejora significativa en salud mental, intensidad del dolor e intervención de la salud física en actividades diarias de aquellos pacientes tratados con la TCBCP (terapia cognitiva basada en la conciencia plena).

Siguiendo estas bases, desde la perspectiva de la terapia de aceptación y compromiso, se intentó que Gema se implicara en actividades relevantes y valiosas para ella, con independencia del dolor, dirigiendo sus energías no a combatir el malestar asociado al dolor sino a objetivos de interés.

Terapia de Reestructuración Cognitiva de Beck

Tanto como para la depresión como para el tratamiento de pensamientos negativos acerca del dolor, la terapia cognitiva de Beck se ha impuesto como referente en tratamiento psicológico. Durante la terapia con Gema se detectaron los siguientes pensamientos automáticos distorsionados:

- “No puedo mas con este dolor” (Abstracción selectiva) Se reestructuró: (“Sí, puedes, lo llevas haciendo muchos años”.)
- “Quiero volver a ser como antes. Antes todo iba bien”. (Pensamiento polarizado, filtro mental.) Se reestructuró: “El dolor crónico es para siempre con remisiones, mejorías y empeoramientos”. “Nunca volvemos a ser los de antes, evolucionamos, siempre cambiamos y somos otra cosa diferente, aunque haya aspectos que no nos gusten, otros pueden tener una valoración positiva por tu parte”.
- “Otra vez he empeorado. Esto es insoportable”. (Extremismo, etiquetación). Reestructuración: “Usar esos términos no ayuda”. “Hay que contar con que va a haber periodos mejores y peores”. “Luchar contra las sensaciones no hace mas que focalizar en el dolor y sobredimensionarlo”.
- “Nadie me cree ni me entiende. Se creen que soy una quejica”. (adivinación del pensamiento). Reestructuración: “Habrá gente que te crea y gente que no, no tienes porqué andar demostrando tu dolor a cada paso y a cada persona, es más útil rodearte de personas que te hagan sentir bien y con los que puedas distraerte y vivir buenas sensaciones”.
- “Ya no puedo hacer nada”. (pensamiento todo-nada, sobregeneralización). “Hay muchas cosas que estas haciendo (trabajar, ocuparte de tu casa, ejercicio moderado, etc...), pero sobretodo debes equilibrar tus actividades en obligatorias y placenteras, programar descansos, etc.”
- “Nadie sabe lo que me pasa”. (adivinación del pensamiento, pensamiento todo-nada). Reestructuración: “Cada vez tenemos mas información de cómo funciona el mecanismo del dolor, y aunque no sabemos porqué se asienta, sí sabemos cada vez mas cosas de cómo funciona y como podemos aliviarlo”.
- “No puedo vivir así. Mi vida así no tiene sentido”. (adivinación del futuro, abstracción selectiva, pensamiento polarizado.). Reestructuración: “Sí puedes, has estado viviendo así muchos años y has decidido cada día seguir adelante, el sentido que tenga puedes reformularlo a tus limitaciones, buscar uno nuevo, esta en lo que tú haces y puedes hacer muchas actividades”.

- “La gente sana es superficial. Envidia a la gente que no le duele nada”. (adivinación del pensamiento, etiquetado). “Pensar que a nadie le ha pasado lo que a ti o que nadie tiene problemas es un error”. “La gran mayoría de la gente tiene problemas y limitaciones, a un nivel o a otro”. “El que a otra persona le duela o no a ti no te va a hacer sentir mejor, cada uno vive su malestar y no son intercambiables”. “Pero tú eliges qué hacer con tu malestar. Cómo afrontarlo”.
- “No puedo pensar en el futuro”. (adivinación del futuro, deducción arbitraria). Reestructuración: “No tienes porqué hacerlo, puedes ir día a día”. “Nadie sabe lo que va a pasar”. “Cuando te pongas un objetivo de futuro puedes planificarlo adaptado a tus limitaciones, pero que vaya en la dirección que tú quieres ir”.

Modificación del Locus de Control

Otro objetivo que se intentó en la intervención con Gema, fue modificar las creencias de control, tanto en el sentido de competencia como el de contingencia. Los estudios clínicos y experimentales, muestran que el dolor se percibe como menos intenso y es más tolerado si las personas advierten que tienen control sobre él (Gatchel, 2007).

Esta paciente al llegar a consulta se hallaba en una posición de indefensión aprendida, que según Seligman (1975), conduce a la depresión, así que se le entrenó en que si no podía controlar el nivel de dolor, lo importante es que sí podía controlar lo que ella hacía cuando tenía dolor, planificando estrategias para disminuir la ansiedad que la sensación le generaba, que era mayor cuanto mas dolor tenía.

Mediante la psicoeducación, la reestructuración cognitiva, las técnicas de distracción, la relajación muscular progresiva y el afrontamiento activo se persiguió modificar este objetivo.

Técnicas de Autoestima

El sentido de autoeficacia y control ante el dolor no sólo proviene de la situación misma, sino también del concepto que el sujeto tiene de sí mismo y del mundo. El autoconcepto le sirve para procesar la información que se relaciona con él mismo. Si se siente incapaz de superar una situación vital, es probable que acabe siendo víctima de ella, aunque esa incapacidad no exista. Nuestra paciente no sentía control sobre el dolor ni sobre muchas facetas de su vida, y no se sentía muy eficaz afrontando situaciones que le suponían dudas y conflictos.

Pennebaker y Skelton (1978) hallaron correlación positiva entre los sentimientos negativos que las personas tienen de sí mismos y la frecuencia con que expresan síntomas de dolor. Parece que al sentirse indefensas para controlar la situación enfocan más la atención sobre su propio organismo y definen como síntomas patológicos sensaciones que habrían pasado desapercibidas en momentos felices. Gema solía realizar comprobaciones de su estado físico al despertar, como si

el temor al dolor le hiciera buscar señales y reafirmar su vulnerabilidad. Esta variable se relaciona en nuestro caso con el constructo de autoeficacia de Bandura (1982), que se trabajó desde la perspectiva de hacerse cargo de la situación desde no buscar causas, ni centrarse en el control de la sensación dolorosa, si no ser eficaz en el control de las distintas facetas de su vida pese al dolor. Para esto, se animó a la paciente a cambiar el diálogo interno, a mandarse mensajes positivos de capacidad (por ejemplo: “puedo hacerlo, sólo es proponérmelo” o “ Sé que soy capaz”) mientras realizaba las actividades que ella eligió como objetivo en la técnica de planificación de actividades. Tras realizar la actividad se mandaba mensajes de orgullo (por ejemplo: “he podido”, “estoy en el buen camino”, “he hecho algo por mejorar”) y se le recomendó que se diera “un premio” tras finalizar (reforzadores positivos, como actividades agradables, algo de comer, ver alguna serie...)

Entrenamiento en Habilidades Sociales

Para que la paciente tuviera menos necesidad de centrarse en el dolor como medio de relación fue importante reducir las quejas de dolor y hacerle entender que la atención al dolor por parte de su entorno al dolor es un arma de doble filo porque aumenta la atención del paciente sobre el propio dolor. Se trató de modificar las relaciones sociales y trabajar las habilidades sociales mediante programas de asertividad y conversacionales.

En algunos casos la mejora en asertividad ayuda a los pacientes a deshacerse de actividades u obligaciones impuestas en relaciones asimétricas que están teniendo un impacto sobre sus hábitos y así sobre el estrés y el nivel de dolor.

Gema, como algunas de las personas que tienen dolor crónico, se refugiaba en casa y en el dolor para evitar situaciones sociales ansiógenas en las cuales, aún estando dotada de habilidades sociales para la mayoría de situaciones, no las ponía en marcha por estar centrada en la temática del dolor.

El entrenamiento en habilidades sociales fue dirigido a mejorar tres clases de conductas: la aserción negativa (defensa de los derechos y actuación de acuerdo a sus intereses a la vez que se es considerado hacia los demás), aserción positiva (relativa a la expresión de sentimientos positivos hacia otros) y habilidades conversacionales.

RESULTADOS

Se tomaron como variables dependientes del resultado de la terapia el nivel de depresión, el grado de dolor percibido, la fatiga informada, la autoeficacia, el afrontamiento del dolor, la psicopatología asociada y la afectación de las actividades cotidianas. Se tomaron las medidas con una diferencia de 4 meses. A continuación se muestran los resultados variable a variable.

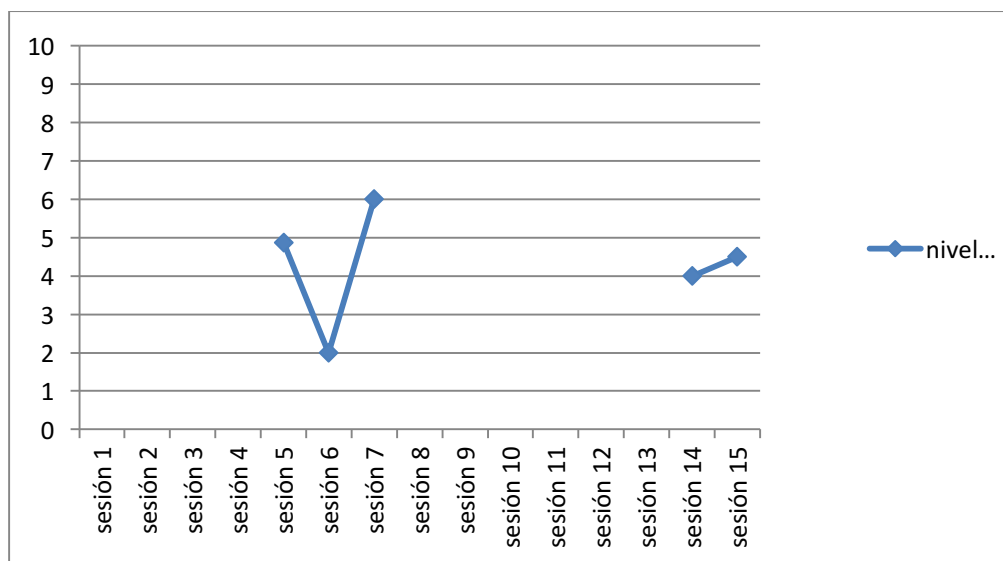
Depresión:

PRE (sesión 3)	28	Depresión moderada.
POST (sesión 15)	6	Normalidad.

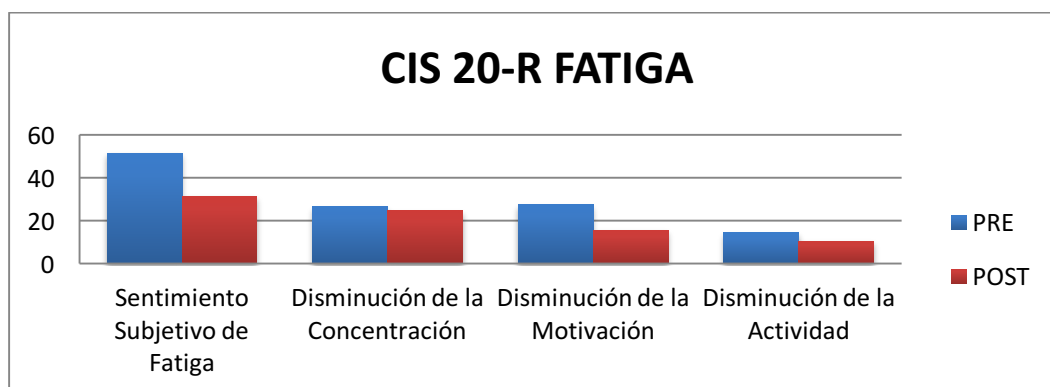
Nivel de dolor percibido

Se quiere comprobar si la terapia ha tenido algún efecto, no sólo sobre el estado anímico y la angustia, si no sobre los niveles de dolor también, ya que algunos estudios indican que la terapia cognitivo conductual puede tener efectos sobre esta variable de forma directa, aunque los resultados empíricos encontrados en la bibliografía no son concluyentes.

Se usaron los autorregistros para medir esta variable.

**Fatiga asociada al dolor.**

CIS 20 R Puntuaciones: a) subescala 1: sentimiento subjetivo de fatiga PRE: 52/56 POST: 32/56; b) subescala 2 concentración PRE: 27/35 POST: 25/35; c) subescala 3: motivación PRE: 28/28 POST: 16/28; d) subescala 4: actividad física PRE: 15/21 POST: 10/21.



Ajuste global al dolor

Resultados del pretest/postest del WHYMPI:

	PRE	POST
PARTE 1: IMPACTO DEL DOLOR		
Interferencia	4/6	2,6/6
Apoyo	3,3/6	3,6/6
Gravedad del dolor	3,6/6	3/6
Control	3,5/6	1,6/6
Malestar emocional (angustia afectiva)	3/6	1/6
PUNTUACIÓN MEDIA	3,48	2,36
PARTE 2: RESPUESTAS DE PERSONAS SIGNIFICATIVAS		
Respuestas negativas (castigo)	1/6	1/6
Respuestas solícitas	2,8/6	2/6
Respuestas distractoras	2,75/6	3,5/6
PUNTUACIÓN MEDIA	4,72	2,16
PARTE 3: ACTIVIDAD		
Tareas del hogar	2/6	2,6/6
Trabajo al aire libre	NO VÁLIDA	NO VÁLIDA
Actividades fuera de casa	2/6	3/6
Actividades sociales	0,6/6	2/6
Actividad general	1,53/6	2,66/6
PUNTUACIÓN MEDIA	1,75	2,72

Autoeficacia de control del dolor

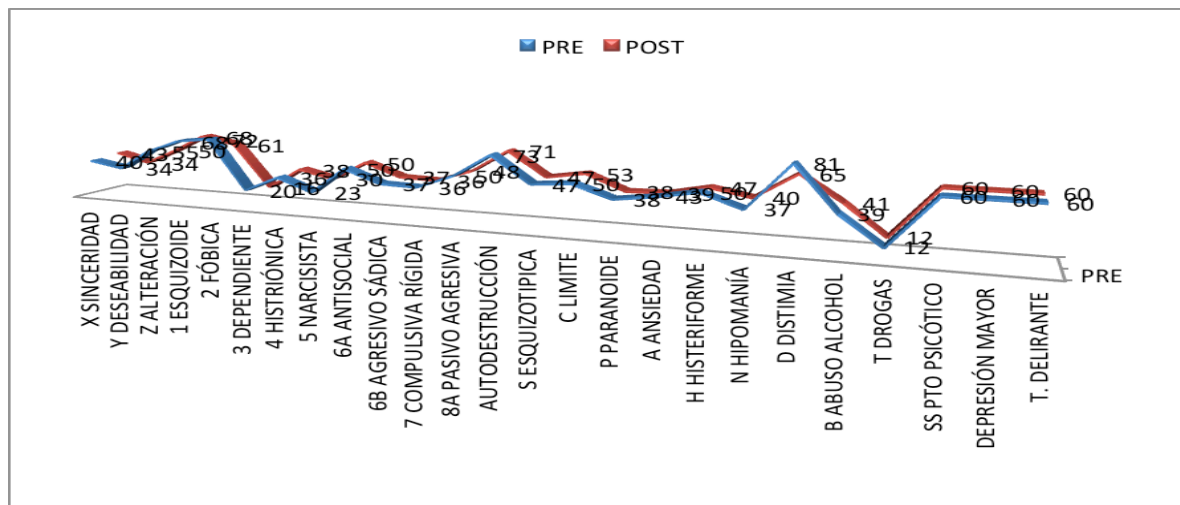
PUNTUACIONES CADC:	PRE	POST
Escala de autoeficacia en control de síntomas	42/80	46/80
Escala de autoeficacia en funcionamiento físico	46/60	50/60
Escala de autoeficacia en manejo del dolor	21/70	35/70

Afectación funcional de las actividades cotidianas.

Para medir el post de esta variable usamos la escala de Discapacidad de Oswestry, en la que la paciente pasa de un 34% a un 22%, es decir, no sale de la franja de incapacidad moderada pero el cambio sí se refleja en una menor puntuación.

Psicopatología (MILLON MCMI II)

Según los resultados de la medida post del MCMI II, observamos que la variable distimia, que antes despuntaba como fuera del punto de corte de la normalidad, ahora ha disminuido discretamente hasta posicionarse dentro de los valores normativos. Por lo demás no hay mas variabilidad reseñable en el perfil.



DISCUSIÓN

En 1985, Lazarus y Folkman aplican el modelo procesual del estrés al dolor crónico, conceptualizándolo como “una situación de tensión crónica” y centrándose en las estrategias de afrontamiento funcionales que pone en marcha el individuo y la relación de estas con la depresión. Podemos concluir que la paciente, durante la terapia, modifica su estilo de afrontamiento del dolor y de otras situaciones vitales, pasando de usar estrategias pasivas que suelen ser el motivo de perpetuación del sufrimiento asociado al dolor, a poner en marcha estrategias de aceptación y afrontamiento activo, promoviendo el autocuidado, aceptando el trastorno como parte de su realidad y aplicando las técnicas aprendidas durante el tratamiento. La paciente modificó su estilo de comunicación con su entorno, ya que dejó de centrar sus conversaciones habituales en eventos negativos del dolor y los problemas familiares y empezó a focalizar su atención en las actividades que sí podía desempeñar. En el ambiente laboral tuvo un efecto evidente, ya que según informaba la paciente empezó a promover relaciones positivas con sus compañeros.

La paciente ha mejorado su estado anímico, eliminando o mejorando significativamente los principales síntomas de depresión, como indican los cuestionarios de Beck y Millon.

Anderson y Pennebaker (1980) demostraron que los conocimientos, pensamientos, ideas e información en general sobre el dolor, determinan si un estímulo se percibe como doloroso y en qué medida. Además, el miedo, el temor, la incertidumbre, la ansiedad, etc., ejercen una influencia en la forma de vivir la experiencia dolorosa. No se puede concluir con los datos que se derivan de los registros que el nivel de dolor haya disminuido. Aunque la paciente informa de que sí se ha moderado la cantidad de dolor que siente, esto no llega a reflejarse en las medidas tomadas, aunque tal vez se deba a que no se han recogido los datos durante un periodo de tiempo más prolongado. Puede intuirse que hay una estabilización de los niveles de dolor, pero con dos semanas de seguimiento tampoco es concluyente. En cambio, sí se aprecia una modificación positiva del afrontamiento global del dolor, la autoeficacia, la fatiga y la discapacidad.

El dolor se ha estudiado también desde un enfoque psicofisiológico, como por ejemplo la Teoría del Control de la Puerta de Melzack y cols. (1965), que subraya el papel de los procesos cognitivos y emocionales sobre los cambios físicos que producen dolor y su correspondencia en las estructuras del sistema nervioso central y a nivel medular. Al haber, según estos estudios, una doble vía arriba-abajo donde fluye la información dolorosa, al modificar nuestros mensajes desde la corteza podemos disminuir la sensación dolorosa. Esto es muy importante de cara a como se planteó el tratamiento con Gema, ya que la distracción y el cambio del discurso interno nos orientaría a una mejoría en la percepción del dolor.

Así, las primeras sesiones se trata de cambiar las atribuciones y creencias erróneas que la paciente tiene sobre el dolor y la fatiga en general. Se consigue mediante educación y biblioterapia, para cambiar el lugar de control y mostrarle que puede cambiar ciertas pautas de conducta y conseguir que el dolor afecte menos a su vida.

Los niveles de actividad fueron estabilizados, eliminando picos que llevaban a Gema desde la extenuación y la tensión muscular como el deporte extremo en el gimnasio (dejó de hacer spinning y baile cada 15 días y comenzó a practicar “pilates” dos veces por semana), además de evitar estar tumbada durante horas en la cama o en el sofá. Esto mejoró los niveles de fatiga y de tensión muscular. El ejercicio moderado continuado y las actividades placenteras alternativas al reposo tuvieron un efecto positivo también en el estado de ánimo.

También nos centramos, y fue un punto difícil de modificar y muy importante de la terapia, en que los logros que ella se imponía eran extremos e irreales. Su visión del mundo era de blanco-negro, siendo el tener un trabajo estable, un buen sueldo, una pareja estable, una familia armónica y una casa en propiedad parte de “ser normal” por lo tanto, ella no lo es, afectando esta idea irracional a su autoconcepto de una forma clara. Dejar de compararse con los demás en esos términos, valorar sus logros y sus avances diarios y el autoreforzamiento fueron claves en todo lo demás, aunque fueron un tema casi central en la mayoría de las sesiones se consiguió moderar en parte. Al disminuir el nivel de autoexigencia las actividades se estabilizaron aún más y los mensajes de autocrítica y los “tengo qué” dejaron de ser un problema cotidiano.

REFERENCIAS

- Anderson, D.B, Pennebaker, J.W. (1980) Pain and Pleasure: alternative interpretations for identical simulation. *European Journal of Social Psychology*. Vol. 10, 207-212.
- Anderson, K.O., Dowds, B.N., Pelletz, R.E., Edwards, W.T. y Peeters- Asdourian, C. (1995) Development and initial validation of a scale to measure self-efficacy beliefs in patients with chronic pain. *Pain*, 63 (1), 77-84. Adaptación: Martín y Aragón (2001).
- American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Editorial Médica Panamericana. ISBN 9788498358100.
- Bandura, A. (1982). Self- efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist* 2,122-147.
- Banks, S.M., Kerns, R.D. (1996). Explaining high rates of depression in chronic pain: a diathesis-stress framework. *Psychological Bulletin*, 119 (1), 95-110.
- Beck, A.T., Rush A.J., Shaw, B.F., Emery, G. (1979) *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., y Erbaugh, J. (1961) An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A.T., Steer, R.A. (1993) *Beck Depression Inventory*. Manual. The Psychological Corporation. San Antonio (Texas)
- Bonica, J. (1977). Neurophysiologic and pathologic aspects of acute and chronic pain. *Archive of Surgery* 1977; 112: 750-761.
- Cautela, J.R., Groeden, J. (1985) *Técnicas de Relajación*. Manual práctico para adultos, niños y educación especial. Martinez Roca, Barcelona.
- Chapman C. (1986) Pain, perception and illusion en R. Sternbach, *The psychology of pain*. Ed. Raven Press. Nueva York.
- Craig, K.D. (1980) Social modeling influences on pain. En: Sternbach, R.A. (ed.). *The psychology of pain*. Nueva York: Raven Press..
- Cruzado Rodriguez, J.A., Olivares Crespo, M.E. (2008) Evaluación psicológica del dolor. *Clínica y Salud*, 2008, vol. 19 n.º 3 - Págs. 321-341
- Díaz Sibaja, M.A., Comeche Moreno, M.I., Martín fernández, A. (2014) Vivir mejor a pesar de la fibromialgia. *Manual de Autoayuda*. www.psicologiadelasalud.es
- Donker, F.(1991) Evaluación y tratamiento conductual del dolor crónico en G. Buela-Casal y V. Caballo, *Manual de Psicología Clínica Aplicada*. Ed. Siglo XXI. Madrid, 1991
- Evers, A.W., Kraaimaat, F.W., van Riel, P.L., de Jong, A.J. (2002) Tailored cognitive behavioral therapy in early rheumatoid arthritis for patients at risk: a randomized controlled trial. *Pain*. 2002 Nov; 100 (1-2):141-53
- Fairbank, J.C.T, Couper, J., Davies, J.B. (1980) The Oswestry low Back Pain Questionnaire. *Physiotherapy* 1980; 66: 271-273.
- Fordyce W.E. (1976) *Behavioral methods for chronic pain and illness*. Ed. Mosby. San Luis.
- Flor, H. (2002) Psychophysiological Assessment of the Patient with Chronic Pain. In D.C. Turk and R. Melzack (Eds). *Handbook of Pain Assessment*, 2nd ed (pp 76-96). New York: Guilford Press.
- Florez García, M.T., García Pérez, M.A., García Pérez, F., Armenteros Pedreros, J., Álvarez Prado, A., Martínez Llorente, M.D. (1995) Adaptación transcultural a

- la población española de la escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry. *Rehabilitación*, 29: 138-145. (Madrid)
- Gatchel, R.J., Robert J.; Peng, Yuan Bo; Peters, Madelon L., Fuchs, Perry N.; Turk, Dennis C. (2007) The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, Vol 133(4), Jul 2007, 581-624.
- González, R., Ferrer, V. y Manasero, M.A. (1988) Evaluación del dolor en Martorell, M.C. (Comp) *Técnicas de evaluación psicológica*. Valencia. Promolibro.
- IASP (1986) Classification of Chronic Pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain*, suppl, 3:1-225.
- Kerns, R.D., Turk, D.C., Rudy, T.E. (1985). The West Haven- Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). *Pain*, 23, 345-356.
- Lazarus, R., Folkman, S. (1984) *Stress, appraisal and coping*, Springer, Nueva York. (trad. española *Estrés y Procesos Cognitivos*, Martínez Roca, 1986).
- Martín- Aragón, M. , Pastor M.A., Rodríguez- Marín, J., March M.J., Lledó A., López-Roig S. y Terol, M.C. (1999) Percepción de autoeficacia en dolor crónico. Adaptación y validación de la chronic pain selfefficacy scale. Dpto de Psicología de la Salud. Facultad de Medicina.Universidad Miguel Hernández. *Revista de Psicología de la Salud*, 11(1-2), 1999 *Journal of Health Psychology*, 11(1-2), 1999.
- Mc. Cracken, L.M., Vowles, K.E., Eccleston. (2004) Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method. *Pain*, 2004 Jan;107(1-2):159-66.
- Mc. Kay, M. y Fanning, P. (1991) *Autoestima: Evaluación y Mejora*. Ediciones Martínez Roca, Barcelona.
- Meichembaum, D. (1977) *Cognitive Behaviour Modification. An Integrative Approach*. Plenum Press. New York.
- Melzack R., Wall P.D. (1965) Pain mechanisms: a new theory. *Science* 1965: 150: 971-9.
- Menéndez-Colino, R., Guevara Linares, X., Iparraguirre Azcona, M., Nistal, M. (2010) *Rev. Esp. Geriátría Gerontología*. 2010 Sep-Oct;45(5):305-7. Epub 2010 Jul 6. Spanish.
- Moix, J. (2012) *Cara a cara con tu dolor: Técnicas y estrategias para reducir el dolor crónico*. Ediciones Paidós.
- Monsalve, V., Soriano, J. (2002) CAD: Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico. *Rev Soc Esp Dolor* 9 (2002);1 :13 - 22o
- Millon, T. (2002) *MCMII II Inventario Clínico Multiaxial de Millon II*. Ediciones TEA.
- Pennebaker J.W., Skelton J.A. (1978) Psychological parameters of physical symptoms. *Personality and Social Psychology Bulletin* 1978;4;524-530.
- Seligman, M.E.P. (1975) *Helplessness: On depression, development and death*. Freeman, San Francisco.
- Soares Weiser, K., Sola, I., Aromataris, E., Tornero, J., Pérez,C., Margarit, C. y Kleijnen, J. (2010) Epidemiology of chronic non-malignant pain in Spain. *Fundación Grünenthal*.
- Soriano,J.-Monsalve,V. (2004): Validación del cuestionario de afrontamiento al dolor crónico reducido (CAD-R). *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11, 407-414.
- Soriano, J.- Monsalve, V. (2005) El afrontamiento del dolor crónico. *Boletín de Psicología*, No. 84, 91-107.

- Soucase,B.-Monsalve,V.-Soriano,J. (2005): Afrontamiento del dolor crónico: el papel de las variables de valoración y estrategias de afrontamiento en la predicción de la ansiedad y la depresión en una muestra de pacientes con dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 12, 8-16.
- Soucase,B., Soriano,J., Monsalve,V. (2005): Influencia de los procesos mediadores en la adaptación al dolor crónico. *Internacional Journal of CLinical and Health Psy-chology*, 5, 2, 277-241.
- Sternbach, R.A. (1980) Clinical aspects of pain. En: Sternbach RA (ed.). *The psychology of pain*. Raven Press, Nueva York.
- Sternbach, R.A. (1985) Acute versus chronic pain, en P. Wall y R. Melzack, *Textbook of pain*. Ed. Churchill-Livingstone. Nueva York.
- Strong, C.A. (1985) The psychology of pain. *Psychological Review* 2, 329-347.
- Turk, D.C. y Burwinkle, T.M. (2005) Assessment of chronic pain in rehabilitation: outcomes measures in clinical trials and clinical practice. *Rehabilitation Psychology*, 50 (1), 56–64.
- Turk, D.C. (1996) "Biopsychosocial perspective of chronic pain". En R.J. Gatchel& D.C. Turk (eds.) *Psychological approaches to pain management: A practitioners handbook* (pp. 3-32). Nueva York. Guilford Press.
- Vallejo, M.A., Comeche, M.I. (1999): Depresión, ansiedad y dolor crónico. En E.G. Fernández-Abascal y F. Palmero (eds.). *Emociones y salud*. Barcelona: Ariel, págs.:279- 299.
- Vallejo, M.A. (2005) Tratamiento psicológico del dolor crónico. *Boletín de Psicología*, No. 84, Julio 2005.
- Vallejo, M.A. (2006) Mindfulness Papeles del psicólogo, No 2 VOL-27, 2006 .
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1991). Fiabilidad y validez factorial de la versión española del inventario de depresión de Beck. Barcelona: III Congreso de Evaluación Psicológica.
- Vercoulen, J.H.M.M, Alberts, M, Bleijenbergh, G. (1999) The checklist Individual Strength (CIS) *Gedragstherapie*,32 (131-136).
- Wuest, J., Ford Gilboe, M., Merritt_Gray, M. Varcoe, C. Lent, B, Wilk, P. Campbell, J. (2009) Abuse-Related Injury and Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder as Mechanisms of Chronic Pain in Survivors of Intimate Partner Violence. *Pain Medicine* Volume 10, Issue 4, pages 739–747, May/June 2009.