



Intervención cognitivo-conductual en un caso de neuralgia atípica

Alberto Gómez-Zarco,* Rocio Tron-Álvarez,* Ana Leticia Becerra-Gálvez*

RESUMEN

El dolor crónico es una experiencia sensorial que se ve mediada por diversos factores emocionales, cognitivos, familiares y culturales, por tal motivo la evaluación y tratamiento psicológico resultan fundamentales en la atención integral del paciente. El presente caso tiene como objetivo ilustrar la importancia del trabajo que se realiza con este tipo de pacientes desde la medicina conductual y la efectividad de las técnicas de la terapia cognitivo-conductual en la disminución de la percepción del dolor, ansiedad y depresión asociados a pensamientos de inutilidad y culpa en una mujer de 40 años con diagnóstico de neuralgia atípica. Para formular el plan de tratamiento psicológico se utilizó la conceptualización cognitiva, ya que el origen del malestar emocional asociado al dolor en esta paciente se encontraba en el tipo de pensamientos automáticos derivados de interacciones de pareja y familiares. La intervención se realizó en ocho sesiones quincenales de una hora aproximadamente dentro del Servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Juárez de México. Se tomaron medidas de dolor por medio de la escala visual análoga (EVA), así como de los niveles de ansiedad y depresión con el uso de unidades subjetivas análogas (USA). Los resultados obtenidos posteriores a la implementación de técnicas de relajación, modificación de cogniciones y solución de problemas, muestran una disminución en el malestar emocional y en la percepción del dolor. Las técnicas cognitivo-conductuales son herramientas que permiten la adaptación del paciente ante la condición de dolor por neuralgia atípica.

Palabras clave: Neuralgia atípica, medicina conductual, terapia cognitivo-conductual, dolor crónico, intervención psicológica.

ABSTRACT

Chronic pain is a sensory experience that is mediated by various emotional, cognitive, family and cultural factors, so that psychological assessment and treatment are fundamental in comprehensive patient care. The present case aims to illustrate the importance of the work done with this type of patients from behavioral medicine and the effectiveness of cognitive-behavioral therapy techniques in reducing the perception of pain, anxiety and depression associated with thoughts of uselessness and guilt of a female patient of 40 years with diagnosis of atypical neuralgia. For the psychological treatment plan, cognitive conceptualization was used due to the fact that the source of the emotional distress related to her pain was found in the kind of automatic thoughts derived from interactions of couple and relatives. The intervention was performed in eight fortnightly sessions of an hour approximately within the Service of Pain Clinic and Palliative Care of the Hospital Juárez de México. Pain measurements were taken using the visual analogue scale (VAS), as well as anxiety and depression levels with the use of analogous subjective units (ASU). The results obtained after the implementation of techniques of relaxation, modification of cognitions and solution of problems, show a decrease in emotional distress and in the perception of pain. Cognitive-behavioral techniques are tools that allow the patient to adapt to the pain condition due to atypical neuralgia.

Key words: Atypical neuralgia, behavioral medicine, cognitive-behavioral therapy, chronic pain, psychological intervention.

* Programa de Maestría y Doctorado en Psicología, Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Recibido: 10/06/2017. Aceptado para publicación: 25/06/2017.



INTRODUCCIÓN

La Asociación Mundial para el Estudio del Dolor¹ define el dolor como «una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño tisular, real o potencial o descrita en términos de dicho daño». Esta definición es actualmente la más aceptada debido a que considera los mecanismos neurofisiológicos nociceptivos, afectivo-emocionales y cognoscitivos, siendo estos últimos los que caracterizan la subjetividad de esta experiencia,^{2,3} por lo que es esencial retomarlos en el proceso de evaluación.

La neuralgia del trigémino indica una anomalía generalmente unilateral en el componente sensitivo del par craneal V. Es un padecimiento poco frecuente, debido a que sólo cuatro de cada 100,000 pacientes cuentan con este diagnóstico, de los cuales la mayoría son del sexo femenino. La neuralgia atípica suele provocar dolor intenso en 50% de los casos afectando considerablemente la calidad de vida del paciente, razón por la que se requiere tratamiento médico y psicológico exhaustivo.

Para realizar la evaluación psicológica de la experiencia dolorosa deben considerarse no sólo las variables biológicas asociadas al dolor, sino también los componentes afectivo-emocionales y cognitivos que se presentan a lo largo del proceso salud-enfermedad.^{4,5}

Algunas de las afectaciones emocionales relacionadas con el dolor intenso son depresión, ansiedad, angustia, impotencia, aislamiento social, disminución de actividades gratificantes y pérdida del rol laboral, social y familiar, todas ellas pueden empeorar el cuadro clínico.⁶⁻⁸

CASO CLÍNICO

Mujer de 40 años de edad, originaria y residente del Estado de México, separada, con tres hijos, con escolaridad de carrera técnica, labora como recepcionista en un hotel de su localidad, es el principal sostén de su casa y recibe ayuda económica de su madre, quien es vendedora informal.

Se presenta con un padecimiento de 11 años de evolución, caracterizado por dolor de forma progresiva y sin causa aparente, localizado en la apófisis mastoides y cara anterior del cuello que irradia hacia toda la cara, se exacerba con el movimiento y cambio de temperatura.

La evaluación del Servicio de Neurología concluyó dolor neuropático (neuralgia del trigémino versus dolor neural atípico). Posteriormente es evaluada por la Clínica del Dolor en octubre de 2016, la cual reporta neuralgia atípica con una escala visual análoga del dolor (EVA) 8/10 asociada a sintomatología ansiosa e indica tratamiento a base de amitriptilina 25 mg, media tableta por las noches por 15 días y después media tableta cada 12 horas. Dada la respuesta emocional solicita apoyo del Servicio de Medicina Conductual.

El Servicio de Medicina Conductual realiza evaluación psicológica y detecta síntomas sugestivos de depresión, los cuales fueron atendidos por un psicólogo externo del hospital en 2014. La paciente abandonó el tratamiento sugerido por recomendación de familiares. Niega atención psiquiátrica previa, así como toma de ansiolíticos o anti-depresivos. Al interrogatorio reporta síntomas de ansiedad dada la presencia de dolor, problemas en la dinámica de pareja y problemas en la dinámica familiar (específicamente con su madre), problemas de interacción en el contexto laboral y problemas financieros. La progresión en el tiempo puede verse en la figura 1.

Debido a que médicamente no se encuentra hallazgo de daño orgánico o neurológico, se evalúa intensidad del dolor (EVA 4/10 que se exacerba a EVA 10/10). Se identifican situaciones que propician la presencia de dolor y algunos estímulos internos que exacerban o reducen la

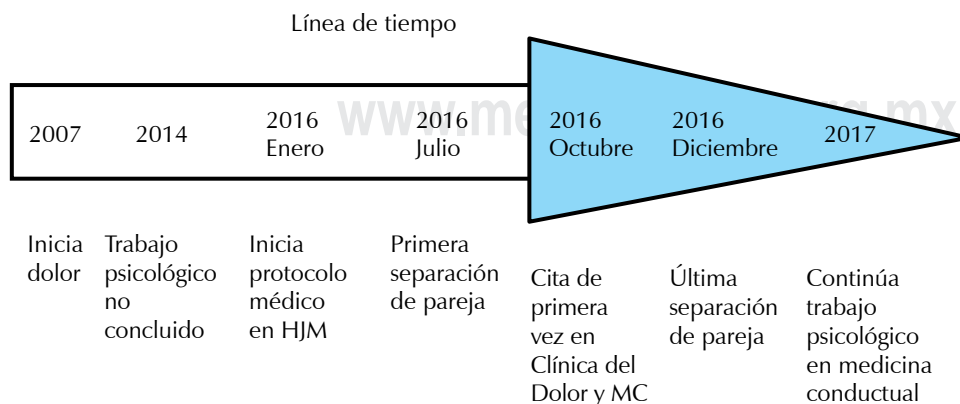


Figura 1.

Acontecimientos más significativos a partir del inicio del dolor por neuralgia atípica en el caso de Jazmín.

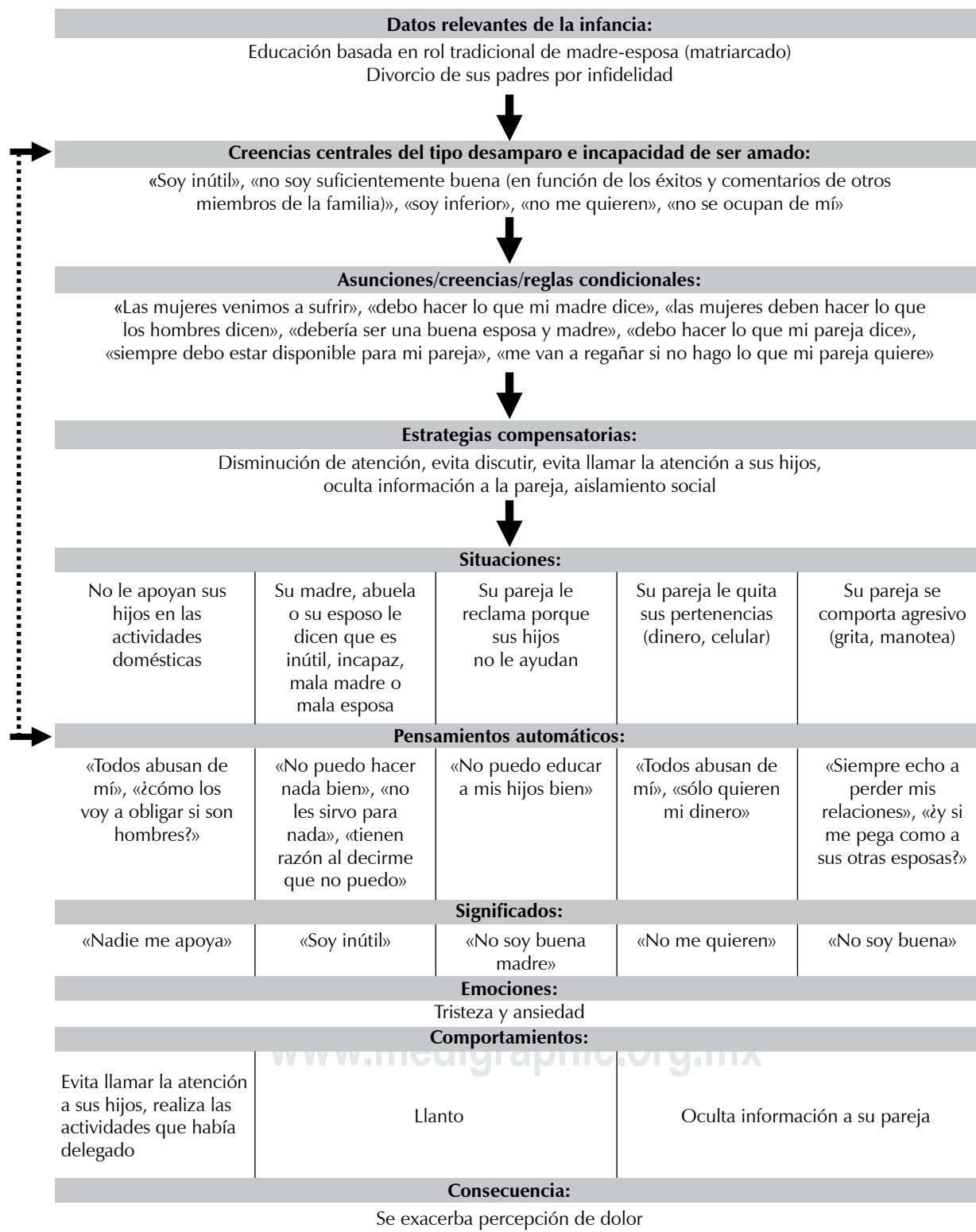


Figura 2. Diagrama de conceptualización cognitiva según el modelo de Judith Beck (2009).¹¹



percepción del mismo, así como otros factores psicosociales relacionados con el malestar físico.

Se identificaron comportamientos e interacciones de conflicto, a continuación se formuló el caso clínico y el plan de intervención. Se utilizó el modelo cognitivo

propuesto por Beck⁹ y posteriormente el modelo enfocado a la ansiedad de Clark y Beck,¹⁰ ya que se detectó que los estímulos internos (cogniciones) asociados a la presencia de dolor y síntomas de ansiedad-depresión eran los que se relacionaban con creencias centrales

Cuadro 1. Estructura de la intervención cognitivo-conductual.

Sesión	Objetivo de sesión	Técnicas empleadas	Observaciones
1	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar las conductas problema • Psicoeducación sobre componentes físicos, cognitivos, conductuales y sociales del dolor • Informar a la paciente sobre el trabajo realizado por el psicólogo desde el enfoque cognitivo-conductual 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista conductual • Psicoeducación • Información 	<ul style="list-style-type: none"> • Se da pase al Servicio de Psiquiatría para valoración y manejo
2	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar las conductas problema • Disminuir los síntomas de ansiedad en la paciente • Enseñar a la paciente a reconocer sus pensamientos disfuncionales 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista conductual • Imaginería guiada • Psicoeducación en modelo cognitivo de Beck y entrenamiento en autorregistro ABC 	<ul style="list-style-type: none"> • Se deja ejercicio de relajación y autorregistro para realizar en casa
3	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuir los síntomas de ansiedad en la paciente • Enseñar a la paciente a identificar la evidencia existente a favor y en contra de pensamientos sobre inutilidad • Enseñar a la paciente a cambiar los pensamientos automáticos que generan ansiedad y depresión 	<ul style="list-style-type: none"> • Relajación muscular progresiva • Búsqueda de evidencias • Autoinstrucciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Se deja de tarea en casa ejercicios de relajación y autoinstrucciones
4	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuir los síntomas de ansiedad en la paciente • Enseñar a la paciente a planificar horarios • Enseñar a la paciente a identificar estilos de comunicación y a comunicarse de forma asertiva 	<ul style="list-style-type: none"> • Relajación autógena • Planeación de actividades • Entrenamiento en habilidades asertivas (guión DEPA) 	<ul style="list-style-type: none"> • Se deja de tarea realizar actividades planeadas y ejercicios de relajación
5	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar a la paciente a identificar la evidencia existente a favor y en contra de pensamientos de culpa • Disminuir sintomatología depresiva al aumentar reforzadores contextuales 	<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de evidencias • Búsqueda y planificación de actividades de dominio y agrado 	<ul style="list-style-type: none"> • Se deja de tarea realizar actividades gratificantes
6	<ul style="list-style-type: none"> • Debatir sobre los pensamientos disfuncionales en su relación de pareja y capacidades reales para «estar bien» 	<ul style="list-style-type: none"> • Debate socrático 	<ul style="list-style-type: none"> • Se enfatiza uso de autoinstrucciones para disminuir pensamientos automáticos
7	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducar sobre ciclo de violencia • Enseñar a la paciente a identificar posibles escenarios futuros en caso de continuar con una relación violenta • Buscar alternativas de solución a problemática de violencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación • Flecha descendente • Solución de problemas 	
8	<ul style="list-style-type: none"> • Cierre de intervención y canalizar a institución especializada en violencia de género 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación 	<ul style="list-style-type: none"> • Se concluye trabajo sobre sintomatología que exacerba la percepción de dolor y se da cita abierta

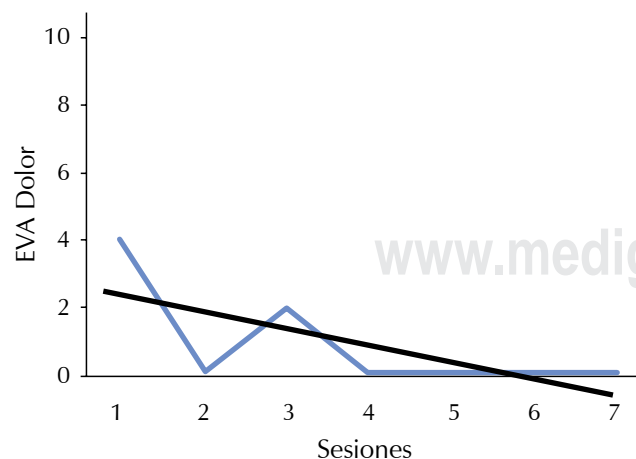
e intermedias que atañen al rol de mujer-madre y un déficit en la expresión asertiva de necesidades y en la toma de decisiones, incluyendo sentimientos de desamparo e incapacidad. Los datos anteriores se muestran en la figura 2 que describe esquemáticamente la relación de estas variables.

Se considera la evaluación multiaxial del DSM-IV para identificar el cumplimiento de criterios nosológicos para algún trastorno de ansiedad o trastorno del estado de ánimo. Se comprobó que la paciente cumple criterios de F34.1 trastorno distímico (300.4) + F41.1 trastorno de ansiedad generalizada (300.02) (eje I), F60.7 trastorno de la personalidad por dependencia (301.6) (eje II), neuralgia atípica (G 50.0) (eje III), problemas relativos al grupo primario de apoyo (eje IV) y una EEAG 60-51 (eje V).

Ante la problemática se decide la implementación de una intervención cognitivo-conductual ajustada a la evolución médica, a las situaciones que anteceden y a las problemáticas emergentes, basada en las técnicas de psicoeducación, información, técnicas de relajación, autoinstrucciones, elementos de terapia cognitiva, entrenamiento en habilidades asertivas, planeación de actividades y solución de problemas.

Descripción de la intervención

La intervención fue llevada a cabo en la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos en sesiones de aproximadamente una hora de duración y con una frecuencia quincenal. En el cuadro 1 se presenta la estructura de las sesiones.

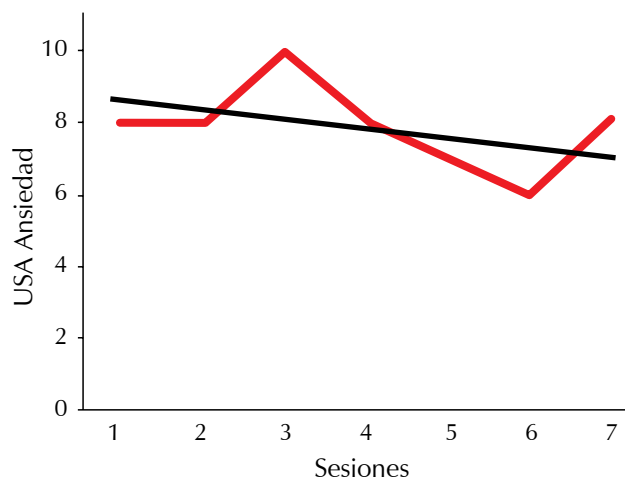


EVA = escala visual análoga

Figura 3. Percepción de sintomatología dolorosa por sesión.

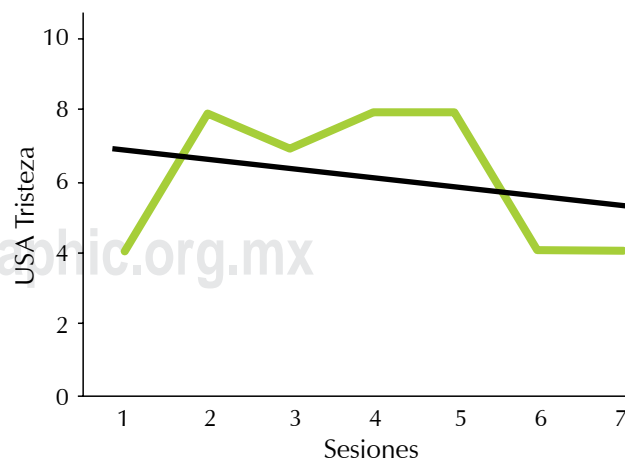
DISCUSIÓN

El trabajo realizado con la paciente fue de difícil manejo debido a diversos factores; sin embargo, el autorreporte de la paciente en torno al dolor nos indica la disminución del mismo a lo largo de las sesiones gracias al manejo del componente cognitivo y emocional (sintomatología ansiosa y depresiva). La reducción de la percepción del dolor se corrobora en el expediente clínico, en el que los médicos del Servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos observan los progresos



USA = unidades subjetivas análogas

Figura 4. Intensidad de sintomatología ansiosa por sesión.



USA = unidades subjetivas análogas

Figura 5. Intensidad de sintomatología depresiva por sesión.



logrados en este componente, datos que podemos consultar en la figura 3.

En cuanto a la sintomatología ansiosa y depresiva, la paciente mostró cambios importantes a la observación clínica, puesto que la propensión al llanto fácil y escaso contacto visual durante la entrevista se redujo considerablemente en las últimas sesiones. La paciente también verbalizó la disminución de la presencia de pensamientos automáticos y anticipatorios ante situaciones familiares y de pareja; sin embargo, no logró la generalización a otros contextos, principalmente el trabajo. Las gráficas reflejan una tendencia ligera a la baja a lo largo de las sesiones en ambas sintomatologías, como se muestra en las figuras 4 y 5.

Aunque las escalas subjetivas de medición en este caso resultaron ser de utilidad, es primordial considerar que obedecen a la percepción de un nivel de malestar que se puede ver influido por: las variables situacionales (acontecimientos que se presentan en el momento de la evaluación, específicamente problemáticas familiares, laborales y cotidianas relevantes) y por el trastorno de personalidad por dependencia, el cual puede traducirse en respuestas conductuales y cognitivas disfuncionales que se mantienen en el tiempo y son relativamente estables. Por tanto, aunque el efecto de la intervención sugiere una disminución mínima en el malestar emocional de Jazmín, da evidencia de la importancia de las variables cognitivas y conductuales que influyen considerablemente en el control del dolor intenso por neuralgia atípica, pues como se observa en la figura 3, éste disminuyó pese a que el tratamiento médico indicado sólo consistía en un neuromodulador a dosis bajas. Dichos resultados demuestran que las técnicas cognitivo conductuales dirigidas al control de respuestas de ansiedad y depresión también son útiles para el control del dolor crónico.

El trabajo realizado para disminuir la sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes con dolor es esencial para ayudar al manejo del mismo y reducir las repercusiones en su vida cotidiana. Autores como Cid, Acuña, de Andrés, Díaz y Gómez-Caro (2014)⁶ mencionan que la presencia de un trastorno de ansiedad o del estado de ánimo no tratado puede agravar el dolor y empeorar el pronóstico del paciente debido a que modifica la estructura familiar y los sistemas de apoyo social. Por otro lado, Paulus, Bakhshaie, Garza, Ochoa-Pérez, Mayorga, Bogiaizian, Robles, Lu, Ditte, Vowles, Schmidt y Zlovensky (2016)¹² encontraron una relación estrecha entre los síntomas ansiosos y depresivos con la severidad referida del dolor y desregulación emocional, lo que sugiere trabajar con

estas sintomatologías con el objetivo de disminuir los niveles de dolor. En el presente caso la modificación de las cogniciones que generaban sentimientos de ansiedad y depresión fue fundamental, ya que al cambiar su frecuencia y topografía se lograron cambios en la percepción exacerbada del dolor.

En el estudio de Boglut y Codreanu (2015),¹³ la presencia de emociones negativas (ansiedad, enojo, tristeza, etc.) se relaciona significativamente con la percepción de dolor y dicha percepción está matizada por el género. En el caso de Jazmín, su educación respecto a su rol sociocultural de madre-esposa la lleva a situaciones generadoras de estrés, ansiedad y depresión, puesto que debe cumplir con la mayoría de las actividades domésticas, ser la proveedora económica para cuatro personas y cuidar de dos adultos mayores. El no cumplir cabalmente todas las obligaciones que cree tener, le genera estrés, ansiedad y tristeza, síntomas que exacerban su percepción de dolor.

Dada la importancia de la sintomatología ansioso-depresiva en esta paciente fue necesario aplicar pruebas estandarizadas para identificar el nivel de gravedad; sin embargo, no fue posible llevar una evaluación sistemática, motivo por el cual se sugiere que en investigaciones futuras se realicen líneas bases retrospectivas confiables y mediciones sistemáticas, no sólo a lo largo de la intervención, sino posterior a ella y en el seguimiento mínimo a tres meses.

Mediante la implementación de diversas técnicas de la terapia cognitivo conductual la paciente no sólo pudo responder adaptativamente a las situaciones problema, sino que también fue canalizada a una institución de ayuda a mujeres víctimas de violencia. Hasta el momento, el reporte médico refiere que la sintomatología dolorosa se ha mantenido controlada, por lo que la paciente se mantiene en observación.

REFERENCIAS

1. International Asociation for the Study of Pain. Definición de "dolor" [consultado en 2017, Abril 25]. Disponible en: <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy?navItemNumber=576#Pain>
2. Guillemet G, Guy-Coïchard C. Principios de tratamiento del dolor crónico. EMC-Kinesiterapia-Medicina Física 2016; 37(3): 1-12.
3. Melzack R. From the gate to the neuromatrix. Pain 1999; Suppl 6: S121-6.
4. Zelaya CMP. Tic doloureux: neuralgia trigeminal. Synapsis 2010; 3(1): 27-32.
5. Barragán-Solís A. El dolor crónico: una visión antropológica de acuerdo a familiares y pacientes. Arch Med Fam 2006; 8(2): 109-17.
6. Cid CJ, Acuña BJP, de Andrés AJ, Díaz JL, Gómez-Caro AL. ¿Qué y cómo evaluar al paciente con dolor crónico? Evaluación del paciente con dolor crónico. Rev Med Clin Condes 2014; 25(4): 687-97.



7. Lavielle P, Clark P, Martínez H, Mercado F, Ryan G. La conducta del enfermo ante el dolor crónico. *Salud Pública Méx* 2008; 50(2): 147-54.
8. Turk D, Burwinkle T, Thieme K. Intervenciones psicológicas. En: Von Rohen J, Paice J, Preodor M, editores. *Diagnóstico y tratamiento en el dolor*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España; 2006. p. 50-6.
9. Beck A, Rush A, Shaw B, Emery G. *Terapia cognitiva para la depresión*. 19a ed. Bilbao: Desclée de Brouwer; 1983.
10. Clark D, Beck A. *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad. Ciencia y práctica*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2010.
11. Beck J. *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Barcelona, España: Gedissa; 1995.
12. Paulus DJ, Bakhshaie J, Garza M, Ochoa-Perez M, Mayorga NA, Bogiaizian D, et al. Pain severity and emotion dysregulation among Latinos in a community health care setting: relations to mental health. *Gen Hosp Psychiatry* 2016; 42: 41-8.
13. Boglut A, Codreanu D. Gender, positive and negative emotions predictors for the self-perceived pain at undergraduate students al psychology: a pilot study. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2015; 187: 723-7.

Solicitud de sobretiros:

Maestro Alberto Gómez-Zarco
Calle Lago Leticia, Manzana 23 F, Lote 10,
Col. Ampliación Ciudad Lago, C.P. 57185,
Nezahualcóyotl, Estado de México.
Tel: 55 57666377
Correo electrónico: psic.albertogomez@gmail.com