



## Intervención cognitivo-conductual en un caso de lumbalgia

Guadalupe Arely Hernández-Gálvez,\* Alberto Gómez-Zarco,\*  
Ana Leticia Becerra-Gálvez,\* Patricia Hernández-Solís\*\*

### RESUMEN

**Introducción:** La lumbalgia es un síndrome doloroso que afecta de manera importante el ámbito laboral y familiar del paciente debido a que el dolor no permite realizar de manera habitual las actividades cotidianas, por lo tanto el paciente puede presentar alteraciones psicológicas que obstaculizan el tratamiento médico. El presente caso clínico tiene como objetivo ilustrar la importancia del apoyo psicológico del médico conductual para incrementar la sensación de control de dolor y sintomatología ansiosa y depresiva, permitiendo una mejor adaptación a la enfermedad y la vida cotidiana de un paciente. **Caso clínico:** Masculino de 44 años con reciente diagnóstico de lumbalgia aguda + discitis L5-S1 + hernia discal L4-L5 L5-S1. Se diseñó una intervención cognitivo-conductual conformada por siete sesiones de aproximadamente una hora de duración, llevadas a cabo en el Área de Hospitalización del Hospital Juárez de México, posteriormente se realizaron monitoreos del estado de ánimo y percepción del dolor. La percepción del dolor se midió por medio de la escala visual análoga (EVA) y los niveles de ansiedad y depresión por medio de la escala referida análoga (ERA). Como resultado se obtuvo que los niveles de dolor, ansiedad y depresión disminuyeran y se mantuvieran bajos posterior a la intervención, además de que el paciente aplicara lo adquirido en su vida diaria. **Conclusión:** Dicha intervención permitió que el paciente percibiera control del dolor y toma de decisiones que a su vez facilitó adaptarse de mejor manera a su condición médica.

**Palabras clave:** Lumbalgia, medicina conductual, terapia cognitivo-conductual, sintomatología ansiosa, sintomatología depresiva.

### ABSTRACT

**Introduction:** Low back pain is a painful syndrome that significantly affects the patient's work and family spheres, because pain does not allow him to perform his activities naturally, therefore the patient may present psychological alterations that hinder medical treatment. The present clinical case aims to illustrate the importance of the psychological support of the Behavioral Doctor to increase the sensation of pain control and the anxious and depressive symptomatology. **Clinical case:** Allowing adaptation to illness and daily life of a 44-year-old male patient with recent diagnosis of acute low back pain + discitis L5- S1 + herniated disc L4-L5 L5-S1. A cognitive-behavioral intervention was designed consisting of seven sessions of approximately one hour carried out in the hospitalization area of the Hospital Juarez de Mexico, later a monitoring of mood and perception of pain was carried out. The perception of pain was measured by the visual analogue scale (VAS), and the levels of anxiety and depression by the analogue related scale (ERA). The result was that the levels of pain, anxiety and depression decreased and remained at lower levels after the intervention, furthermore the patient applied the knowledge acquired to his daily life, therefore. **Conclusion:** It is concluded that the intervention allowed the patient to perceive pain control and decision making which in turn eased the adjustment into his medical condition.

**Key words:** Low back pain, behavioral medicine, cognitive-behavioral therapy, anxious symptomatology, depressive symptomatology.

www.medigraphic.org.mx

### INTRODUCCIÓN

El dolor es un síntoma subjetivo, puesto que es primordialmente una experiencia sensorial, lo que dificulta encontrar una definición adecuada; sin embargo, una de las más reconocidas y aceptadas es la proporcionada por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP por sus siglas en inglés) en 1994,<sup>1</sup> la cual lo describe como

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

\*\* Jefatura del Servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos, Hospital Juárez de México.



«una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a daño tisular real o potencial». La definición anterior indica que el dolor tiene un componente nociceptivo que involucra experiencias sensoriales, emocionales y cognitivas no placenteras y un componente afectivo o reactivo (sufrimiento asociado al dolor) que pueden manifestarse por ciertas reacciones fisiológicas, autonómicas y conductuales. La integración de todos estos componentes resulta en la percepción final del dolor referida por el paciente.<sup>2,3</sup>

La lumbalgia es un síndrome doloroso de la zona lumbar, localizado entre el borde inferior de las últimas costillas y el pliegue inferior de la zona glútea, con o sin irradiación a una o ambas piernas, compromete estructuras osteomusculares y ligamentarias, puede presentar o no alguna limitación funcional que dificulte las actividades de la vida diaria y en ocasiones puede provocar ausentismo laboral.<sup>4</sup>

Soto, Espinosa, Sandoval, García y Gómez (2015)<sup>5</sup> mencionan que este padecimiento ocupa la segunda causa de consulta en los servicios de ortopedia, afecta a 84% de las personas en algún momento de la vida, se presenta en 5-25% de la población general y sólo en 10% se vuelve crónico. En México, la lumbalgia es la séptima causa de ausentismo laboral y 13% de la población acude a consulta por esta patología.

Debido a su prevalencia y complicaciones, este padecimiento se considera un problema de salud pública en México. Ante esta situación, el modelo biopsicosocial con enfoque multidisciplinario busca disminuir el sufrimiento del paciente y aumentar su calidad de vida. Dicho lo anterior, es importante que en la atención de los pacientes que sufren de esta patología se cuente con apoyo psicológico para facilitar la adaptación a la situación actual de la enfermedad, fortalecer la efectividad de los tratamientos médicos y ayudar a la rehabilitación del paciente. En este sentido, los objetivos de la terapia cognitivo-conductual (TCC) se dirigen principalmente a modificar los esquemas de pensamientos y emociones desadaptativas que el paciente tiene respecto a su condición

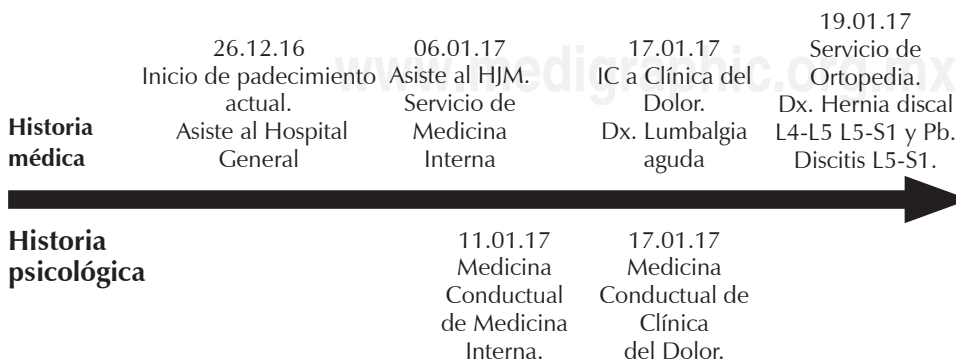
por unos más adaptativos,<sup>6</sup> restaurar la funcionalidad del paciente y mejorar su calidad de vida hasta donde el síndrome doloroso lo permita, puesto que no siempre es posible ofrecer una curación total en este tipo de padecimientos.

### IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Se trata de un paciente de 44 años de edad, a quien por motivos de confidencialidad llamaremos Diego, es originario y residente de la Ciudad de México, estado civil unión libre, con escolaridad secundaria, labora como barnizador, actualmente vive con su esposa, dos hijos y un nieto y es el principal sostén económico de su familia.

### HISTORIA DEL PROBLEMA MÉDICO

Diego refiere que su padecimiento inició el día 26 de diciembre de 2016 con fiebres intermitentes que no cedían a analgésicos, motivo por el cual acude al Hospital General en donde le diagnostican infección en vías urinarias e inicia tratamiento antibiótico no especificado. El día 06 de enero de 2017 acude al Hospital Juárez de México ante la no mejoría de la sintomatología y la pérdida de la fuerza muscular en extremidades pélvicas. Es asignado al servicio de medicina interna para iniciar protocolo de estudios; sin embargo, no se detecta la causa específica de la fiebre. El servicio de clínica del dolor realiza valoración el día 17 de enero de 2017 y diagnostica lumbalgia aguda con EVA de dolor 4/10 continuo de tipo visceral que irradia a extremidad inferior derecha sin características de dolor neuropático y que se exacerba con el movimiento; el personal médico indica tratamiento a base de buprenorfina 45 µg + metamizol 4 g aforados en 100 mL de solución salina al 9% cada 24 horas y paracetamol vía oral 1 g cada ocho horas. El servicio de medicina interna toma resonancia magnética el día 19 de enero de 2017, en la cual se aprecia discopatía crónica degenerativa y se observa hernia



**Figura 1.**

*Línea del tiempo del problema médico y psicológico.*

**Cuadro 1.** Análisis secuencial EORC.

Estímulos (2)	Organismo (4)	Respuestas (1)	Consecuencias (3)
<p><b>Estímulos externos</b> Someterse a estudios médicos que implican movilización o mantenerse en posición fija por mucho tiempo Movilización del paciente por parte de camilleros (baño diario y sentarlo en una silla para ser trasladado a estudios médicos) Escuchar probables diagnósticos en el pase de visita Moverse (cambio de posición en la cama)</p>	<p><b>Biológico</b> Masculino de 44 años de edad, con diagnósticos médicos de discitis L5-S1, hernia discal L5-S1 y lumbalgia, quien cursa el undécimo día de EIH</p> <p><b>Habilidades, déficits y excesos</b> Déficit en toma de decisiones y solución de problemas</p> <p><b>Historia de reforzamiento</b> Locus de control externo</p>	<p><b>Conducta de interés</b> «Me hacen examen tras examen (médico) y me genera ansiedad no saber qué tengo», «este dolor no me deja mover y no puedo trabajar».</p> <p><b>Motoras</b> Disminución de actividades gratificantes. Evita hacer movimientos bruscos. Evita estar en una posición por mucho tiempo. Evita movimientos que impliquen fuerza en la espalda baja. Revisa el expediente clínico. Pregunta constantemente qué medicamentos le están administrando y su función. Trata de escuchar lo que los residentes médicos hablan de su caso (antes de que le den el informe).</p>	<p><b>Inmediatas individuales internas</b> Hipervigilancia al dolor Ansiedad Preocupación por realización de nuevos estudios médicos Sentimientos de inutilidad/dependencia Dolor</p> <p><b>Inmediatas individuales externas</b> Movimiento corporal en bloque</p> <p><b>De otros</b> Verbalizaciones por parte de familiares (esposa y sobrina) respecto a problemas económicos Verbalizaciones por parte de la esposa por las «deficiencias en la atención médica recibida» Propuesta de alta voluntaria por parte de su esposa</p>
<p><b>Estímulos internos</b> Pensamientos respecto a dependencia instrumental y económica Pensar en el dolor Pérdida de fuerza muscular en extremidades inferiores Percepción exacerbada de dolor</p>	<p><b>Cognitivas</b></p>	<p>Pensamientos recurrentes relacionados con la inmovilidad y dependencia hacia terceras personas «no sé qué me pasó, de la nada dejé de caminar, me dio fiebre y es lo único que recuerdo», «ahora necesito de un familiar hasta para poder hacer del baño».</p> <p>Pensamientos de tipo filtro mental relacionados con la no mejoría del estado de salud «yo venía por un dolor de espalda y no sé qué tanto hacen, pero no me dan algo para que se me quite el dolor y pueda caminar».</p> <p>Pensamientos relacionados con la atención médica y protocolos médicos/clínicos «me hacen examen tras examen y me genera ansiedad no saber qué tengo», «ya me quiero ir, ya me desesperé mucho».</p>	
<p><b>Historia contemporánea</b> Inmovilización súbita de miembros pélvicos y fiebre que le condicionó pérdida de consciencia (26.12.16)</p>	<p><b>Fisiológicas</b></p>	<p>Respiración agitada Exacerbación de dolor en la espalda Tensión muscular en cuello, hombros y mandíbula Sudoración en la frente Dificultad para dormir Disminución de apetito</p>	



discal L4-L5, L5-S1, por lo que se interconsulta al servicio de ortopedia con los diagnósticos de fiebre de origen desconocido y Pb. discitis L5-S1 y se inicia nuevo protocolo de estudios. Debido a que la captación del gammagrama óseo es compatible con el diagnóstico primario de discitis y ante la mejoría clínica evidente, se llega a la resolución

de dar de alta al paciente con tratamiento médico coadyuvado por el servicio de clínica del dolor el día 02 de febrero de 2017. El 30 de marzo de 2017 el paciente asiste a consulta externa de ortopedia sin presencia de dolor y con adecuados arcos de movilidad, recuperando fuerza muscular con apoyo de faja lumbosacra.

**Cuadro 2.** Estructura de la intervención cognitivo-conductual.

Técnica	Objetivos	Observaciones/cambios significativos
Entrevista conductual	Evaluar demanda del paciente, examen mental, estado de ánimo, noción de enfermedad y estilo de afrontamiento.	Paciente masculino de edad aparente igual a la cronológica. Orientado en cuatro esferas (T-E-P-C). Consciente, alerta y con adecuada respuesta al ambiente. Atención, concentración y memorias conservadas. Lenguaje coherente, congruente y fluido. Pensamiento concreto centrado en el dolor. Sin alteraciones aparentes en sensoropercepción. Juicio conservado. Impresiona clínicamente inteligencia promedio. Afecto eutímico. Con noción de enfermedad. Locus de control externo. Estilo de afrontamiento emocional-revalorativo.
Psicoeducación	Que el paciente conozca los componentes emocionales del dolor. Que el paciente conozca las técnicas de distracción cognitiva y de relajación para controlar dolor, niveles de ansiedad y depresión.	El paciente identificó la relación bidireccional entre su estado de ánimo y percepción de dolor. El paciente identificó la utilidad de las estrategias de relajación y distracción en el control de sus niveles de dolor y sintomatología mixta.
Respiración diafragmática profunda Distracción cognitiva	Disminuir sintomatología ansiosa que exacerba percepción de dolor. Disminuir cogniciones que aumentan niveles de ansiedad y depresión.	El paciente generalizó la respiración diafragmática ante eventos ansiógenos y estresantes de su vida cotidiana. El paciente empleó la técnica en situaciones en las que estuvo solo y para evitar el aumento de sintomatología mixta.
Imaginación guiada	Mantener al paciente en estado de relajación durante procedimientos médicos que involucren una posición fija.	El paciente aplicó esta técnica durante su EIH y en su vida cotidiana ante la necesidad de mantener una posición fija.
Entrenamiento en comunicación asertiva	Que el paciente mejore sus habilidades de comunicación con el personal médico y haga preguntas respecto a su tratamiento y pronóstico. Poner a prueba cogniciones relacionadas a la falta de apoyo social y que incrementan sintomatología ansiosa.	El paciente implementó la comunicación asertiva con el personal médico y sus familiares.  El paciente fue capaz de expresar de manera asertiva sus peticiones
Entrenamiento en solución de problemas	Que el paciente tome de manera activa decisiones informadas. Que el paciente genere alternativas de solución, las evalúe y decida cuál opción es la más adecuada para alcanzar su objetivo. Poner a prueba cogniciones relacionadas con la incapacidad de control sobre las situaciones que se le presentan y que incrementan sintomatología ansiosa y depresiva.	El paciente fue capaz de tomar decisiones informadas sobre su tratamiento y autocuidado durante su EIH y en su vida cotidiana.

## HISTORIA DEL PROBLEMA PSICOLÓGICO

Diego niega atención psiquiátrica previa a su hospitalización. Refiere haber asistido hace 20 años a atención psicológica debido a sintomatología depresiva (sentirse triste la mayor parte del día); sin embargo, sólo asistió a una sesión porque «no confiaba en el trabajo de ese psicólogo»; al respecto, el paciente no comenta haber presentado episodios depresivos últimamente. Durante su estancia en el Hospital Juárez de México recibió apoyo psicológico por parte del servicio de medicina conductual del servicio de medicina interna del 11 al 19 de enero de 2017, se reportaron tres sesiones individuales y una sesión con familiar del paciente. Al ser reubicado en ortopedia, medicina conductual de clínica del dolor continúa con atención psicológica. En la figura 1 se muestra la línea del tiempo de los acontecimientos más importantes de la historia del problema médico y psicológico.

Durante la entrevista inicial (17 de enero de 2017) se obtienen como datos relevantes que Diego está en su undécimo día de estancia intrahospitalaria (EIH), refiere dolor incidental de tipo postural punzante con EVA 8/10, localizado en cadera y miembros pélvicos. Menciona sentirse ansioso (ERA 5/10) ante posibles diagnósticos médicos (fractura de discal versus hernia discal L5-S1), presenta sentimientos de tristeza debido a la pérdida de movilidad y dependencia instrumental (ERA 6/10). Se detectan respuestas de ansiedad que exacerban percepción de dolor en los tres niveles de respuesta (motor, cognitivo y fisiológico). En el cuadro 1 se representa el análisis de secuencias de la conducta problema.

Derivado de la evaluación multiaxial del DSM 5 se identifica como «diagnóstico principal» 309.28 (F43.23) trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo deprimido agudo: predomina una combinación de depresión y ansiedad y problemas económicos (Z59.7), WHODAS 57.

Ante la problemática se decide la implementación de una intervención cognitivo-conductual basada en las técnicas de psicoeducación, relajación y distracción cognitiva, con el objetivo de que el paciente enfrente de forma adaptativa aquellas situaciones que le generan ansiedad, disminuyendo así su percepción de dolor. Debido a que se detectó un déficit de habilidades de comunicación asertiva y toma de decisiones, se añadieron técnicas de comunicación asertiva y solución de problemas con la finalidad de disminuir cogniciones ansioso-depresivas.

## DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Se diseñó una intervención cognitivo-conductual conformada por siete sesiones de aproximadamente una hora de duración llevadas a cabo durante la estancia intrahospitalaria del paciente, posteriormente se realizaron cinco monitoreos del estado de ánimo y percepción de dolor, dos en hospitalización, una en la consulta externa de clínica del dolor y dos vía telefónica, lo anterior con

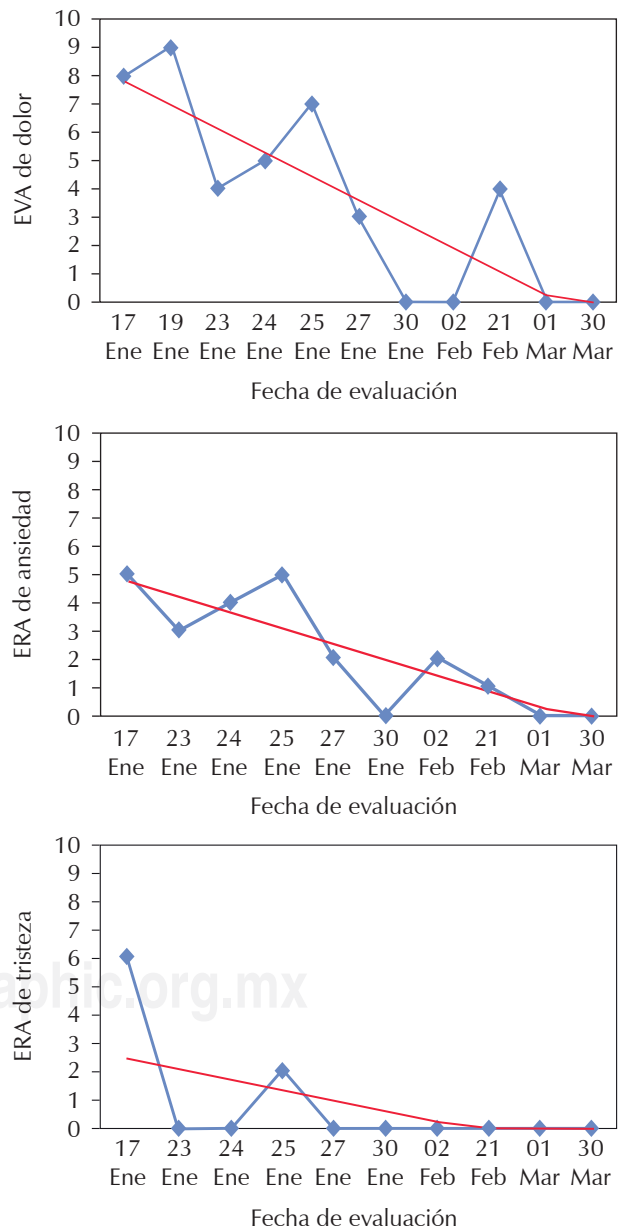


Figura 2. Percepción de dolor y sintomatología ansiosa y depresiva.



el objetivo de evaluar la adaptación del paciente a su vida cotidiana. En el cuadro 2 se describen las técnicas y objetivos que se implementaron en dicha intervención.

## RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El trabajo realizado con Diego fue satisfactorio debido a la adherencia al tratamiento médico y psicológico. Los niveles de percepción de dolor y sintomatología ansiosa y depresiva decrementaron y se mantuvieron en niveles bajos (Figura 2).

Durante los monitoreos el paciente mencionó seguir empleando las técnicas de relajación para controlar su dolor y en dos ocasiones empleó la técnica de solución de problemas y comunicación asertiva para enfrentar problemas familiares, lo que permitió que no incrementaran sus niveles de ansiedad y depresión. Por otro lado, los familiares de Diego (hijo y sobrina) mencionan que lo han visto hacer ejercicios de relajación en lugar de tomar rescates de morfina, «ya puede controlar el dolor sin necesidad de estar con más medicamento» (sic).

Nezu, Nezu y D'Zurilla (2014)<sup>7</sup> mencionan que la relación que existe entre enfermedades médicas y las respuestas ansiosas y depresivas se asocian principalmente a estrategias ineficaces de solución al problema. En el presente caso, el paciente delegaba la toma de decisiones a su familia; sin embargo, con el entrenamiento en habilidades de comunicación asertiva y toma de decisiones fue capaz de expresar sus peticiones y tomar de manera informada decisiones tanto en el ámbito hospitalario como en su vida cotidiana, lo que le permitió percibirse como un agente activo en la toma de decisiones y con mayor sensación de control sobre su dolor, actitud que contrarrestó sus pensamientos de inutilidad y dependencia con la consiguiente disminución de sus niveles de depresión.

Debido a la relación existente en el presente caso entre la percepción de dolor y la sintomatología ansiosa

y depresiva, se implementó el uso de medidas subjetivas (EVA y ERA), las cuales pueden ser aplicadas por el propio paciente en otras situaciones sin la necesidad de recurrir al terapeuta; sin embargo, se sugiere también realizar otras pruebas estandarizadas como el Inventario de Ansiedad de Beck, Inventario de Depresión de Beck y/o HADS, las cuales permiten identificar el nivel de gravedad de la sintomatología y priorizar en el tratamiento las situaciones o respuestas más apremiantes.

## REFERENCIAS

1. IASP. Part III: pain terms, a current list with definitions and notes on usage. In: Merskey H, Bogduk N (eds.) Classification of chronic pain, Second ed., IASP Press. Seattle, 1994. pp. 209-14.
2. Covarrubias-Gómez A, Guevara-López U, Gutiérrez-Salmerón C, Betancourt-Sandoval J, Córdova-Domínguez J. Epidemiología del dolor crónico en México. Rev Mex Anest 2010; 33(4): 207-13.
3. Neira F, Ortega J. Prevalencia del dolor agudo. En: Torres LM, Collado F (Eds.). Manejo práctico actual del dolor agudo. Ergon. Barcelona, 2008. pp. 1-40.
4. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico, tratamiento y prevención de Lumbalgia aguda y crónica en el Primer Nivel de Atención. Evidencias y Recomendaciones. Consejo de Salubridad general. México; 2009.
5. Soto-Padilla M, Espinosa-Mendoza R, Sandoval-García J, Gómez-García F. Frecuencia de lumbalgia y su tratamiento en un hospital privado de la Ciudad de México. Acta Ortop Mex 2015; 29(1): 40-5.
6. Ruvalcaba PG, Domínguez TB. La terapia psicológica del dolor crónico. Psicología y Salud 2009; 19(2): 247-52.
7. Nezu A, Nezu C, D'Zurilla T. Terapia de solución de problemas. Manual de tratamiento. Desclée de Brouwer. España; 2014.

### Solicitud de sobretiros:

Lic. Psic. Guadalupe Arely Hernández-Gálvez  
Programa de Maestría y Doctorado  
en Psicología, UNAM.  
Av. De Los Barrios 1, Hab. Los Reyes Ixtacala  
Barrio de los Árboles/Barrio de los Héroes.  
Mun. Tlalnepantla, C.P. 54090, Estado de México.  
Correo electrónico: arelehernandez@gmail.com