

ISSN 0719-045X



EDICIÓN ESPECIAL

# Contacto Científico

Revista electrónica científica y académica de Clínica Alemana

## Innovación oncológica en Clínica Alemana



Vol 5 / N° 6 / diciembre 2015

# Factores psicológicos protectores y de riesgo en el manejo del dolor crónico en el paciente oncológico

### **Ps. Camila Gutiérrez B.**

Psicóloga especialista en manejo del dolor crónico

### **Dr. Mario Guerrero L.**

Anestesiista especialista en manejo del dolor crónico

Unidad de Cuidados Integrales Oncológicos

Departamento de Oncología

Clinica Alemana de Santiago, Facultad de Medicina Clínica Alemana,  
Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

Contacto: [cgbasso@gmail.com](mailto:cgbasso@gmail.com)

## Introducción

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), describe el dolor como una experiencia subjetiva, sensorial y emocional desagradable, con un daño tisular potencial o actual o descrito en términos del mismo <sup>(1)</sup>. Esta es una experiencia perceptiva compleja, que no puede ser reducida sólo a procesos fisiológicos, sino que también cognitivos, afectivos y sociales<sup>(2)</sup>. En salud, esto permite caracterizar el dolor como una enfermedad con entidad propia, que requiere de intervenciones específicas para su tratamiento y control. De ahí radica la importancia de hacer una valoración detallada, en el ámbito médico y psicológico, para lograr una adecuada intervención en el paciente oncológico con dolor <sup>(3)</sup>.

El diagnóstico de cáncer constituye una experiencia extremadamente estresante y supone una carga enorme de angustia y sufrimiento, por lo que se puede esperar un mayor impacto inicial del dolor en el paciente oncológico que en el que sufre otras patologías <sup>(4)</sup>. La valoración que el paciente hace de su dolor va a influir en su estado emocional y por tanto en los

niveles de ansiedad y depresión. Esto demuestra que puede adoptar un rol activo o pasivo y/o de indefensión frente al síntoma <sup>(5)</sup>. Estos procesos no son por azar y se pueden analizar identificando características comportamentales y cognitivas específicas. Los factores psicológicos que más se observan dentro de la literatura, y que juegan un rol importante en el alivio del dolor oncológico, son: locus de control interno/externo, distrés psicológico, estrategias de afrontamiento, ansiedad y depresión, y apoyo social.

## Factores psicológicos protectores y de riesgo

### **Locus de control interno v/s externo**

Rotter empleó el constructo de locus de control para hacer referencia a las diferencias individuales en el proceso de aprendizaje <sup>(6)</sup>. Se entiende por locus de control interno el proceso cognitivo que hay detrás de aquella persona que considera que tiene control sobre su vida y que modula correctamente sus emociones a través de sus pensamientos, mientras que el locus de control externo se asocia a la afirmación de que

la vida se encuentra controlada principalmente por factores externos como el azar, la suerte o acciones de terceros <sup>(4)</sup>. Esta última percepción tiene como consecuencia una sensación de vulnerabilidad y baja percepción de control de la vida, ya que no es posible adelantarse a los eventos y tener una idea de si un día determinado será "bueno o malo". Lo mismo sucede con el dolor, el paciente vive su día a día percibiendo la manifestación del dolor como una ruleta rusa que le impide llevar una vida normal y proyectarse en el futuro tanto inmediato como a largo plazo. Otro ejemplo de cómo este factor altera el manejo del dolor es cuando los pacientes manifiestan una atribución fatalista sobre el control de su dolor. Estudios demuestran que estos sujetos obtienen puntuaciones más elevadas en dolor, menor capacidad para emplear estrategias de afrontamiento de autocontrol y un peor ajuste psicológico <sup>(4)</sup>. Afortunadamente, el locus de control externo puede modificarse mediante la intervención oportuna y multidisciplinaria <sup>(7)</sup>.

### Distrés psicológico

El estrés no necesariamente afecta en forma negativa frente a una dificultad, de hecho puede ser lo que motiva una acción que favorezca la recuperación, como por ejemplo aceptar la enfermedad y el tratamiento, llegar a la consulta médica a la hora y no olvidar los medicamentos. Por eso es necesario definir distrés. Podríamos hacerlo como el estrés desadaptativo y desagradable, como un estrés que ocasiona un exceso de esfuerzo en relación a la carga. La enfermedad oncológica altera todos los aspectos de la vida diaria, incluidas la familia, el trabajo, las finanzas y las amistades, por lo que no debería sorprender que el dolor sea un factor más que puede llevar a una persona a vivir el todo como una avalancha de dificultades <sup>(10)</sup>.

Altos niveles de distrés se relacionan con elevados niveles de dolor, hallándose diferencias significativas entre pacientes oncológicos con y sin dolor a este respecto <sup>(3)</sup>. Los pacientes oncológicos con mayores niveles de malestar psicológico requieren más servicios médicos, dudan más a la hora de tomar decisiones, tienen mayor dificultad para adherir a los

tratamientos, y están menos satisfechos con el trabajo de sus médicos tratantes. Asimismo, presentan peor adaptación a la enfermedad, calidad de vida deficitaria e incluso una menor esperanza de vida <sup>(11)</sup>. Todo esto indica que es necesario considerar este factor para poder abordarlo lo antes posible, considerando que la enfermedad oncológica y el manejo de sus síntomas, incluidos el dolor, es un proceso que puede durar varios meses o años y que vivirlo en distrés puede transformarlo en algo disruptivo y muy difícil de soportar para el paciente.

### Valoración cognitiva y estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento son formas de mediar la emoción. Para que un evento sea estresante, primero debe pasar por una valoración cognitiva personal. La estimulación nociceptiva u otra experiencia de dolor no puede ser considerada *a priori* como un estresor, salvo que el individuo la valore como tal <sup>(3,5)</sup>. Esto explica por qué algunas personas temen a ciertos estímulos y otras no. Algo que para una persona es inaceptable, puede ser atractivo para otra. Por ello los resultados empíricos apuntan hacia el efecto modulador que ejercen ciertas estrategias de afrontamiento entre las variables de personalidad y la intensidad de dolor percibido <sup>(12)</sup>.

Pese a que son pocos los estudios, se ha encontrado una relación entre el empleo de estrategias de afrontamiento activas y una mejor adaptación al dolor crónico oncológico <sup>(3)</sup>. En el abordaje multidisciplinario es fundamental que el paciente se sienta capaz de afrontar de forma efectiva su dolor, mejorando con ello su calidad de vida <sup>(5)</sup>. Entre estas estrategias se encuentran: 1) El apoyo en la espiritualidad independiente si se tiene religión o no, 2) La catarsis, hablar de su dolor con otros y darse el espacio de expresar cómo viven esta experiencia, 3) La distracción, intentar focalizar su atención en estímulos placenteros, 4) El autocontrol a través de los pensamientos, 5) La búsqueda de información y 6) La autoafirmación o "pensar positivo" en relación a sí mismos <sup>(5)</sup>. Es importante destacar que cuando se habla de espiritualidad se refiere a una interacción proactiva con ella y no recurrir a la esperanza pasiva.

Las estrategias más comunes de afrontamiento potencialmente desadaptativas en relación con el dolor son el reposo, una postura pasiva, una mayor atención sobre el dolor, el catastrofismo o el pensamiento desiderativo <sup>(9)</sup>. Este último tiene relación con la convicción irracional de que el deseo más profundo de la persona se va a cumplir, por ejemplo, que el dolor se va acabar tajantemente o de forma milagrosa. Esta estrategia disfuncional de afrontamiento predispone al paciente a tener expectativas irrealistas y por ende sentimientos de impotencia y desilusión permanentes.

### **Ansiedad y depresión**

Estudios concluyen que la prevalencia de la depresión, ansiedad y afectación emocional general es más elevada en aquellos pacientes que manifiestan un dolor más intenso <sup>(8)</sup>. Cuando nos referimos a este punto aparece la idea de “círculos viciosos del dolor”, ya que se puede apreciar la asociación negativa entre el estado de salud con la sintomatología de ansiedad, depresión y la intensidad del dolor. Cuando se logra una adecuada analgesia, también disminuyen los niveles de ansiedad y depresión y a su vez mejoran aspectos del estado de salud del individuo. Esto se explica por la limitación que significa el dolor en las actividades cotidianas y que lleva a la percepción de “mayores pérdidas” y un peor estado de salud general y mental <sup>(13)</sup>.

Contrario a lo que se cree, la mayor prevalencia de sintomatología emocional no puede atribuirse a las características psicopatológicas previas de los sujetos. En un estudio de Spiegel et al. el índice de trastornos depresivos previos a la aparición del dolor fue mayor en el grupo de pacientes con intensidad baja de dolor <sup>(8)</sup>, lo cual nos hace ver que un trastorno del ánimo que ocurrió en el pasado no va a influir necesariamente en el futuro. En cuanto a los diagnósticos con criterio DSM IV, la población de pacientes dolorosos oncológicos son, en su mayoría, personas que atraviesan un trastorno adaptativo <sup>(11)</sup>.

### **Apoyo social**

Otro factor predictor de éxito, tanto en el tratamiento oncológico general como en el manejo del dolor crónico, es el

contar con redes de apoyo. El apoyo social hace referencia a los comportamientos de solidaridad que vienen de distintas personas, ya sea del equipo de salud, la familia, los amigos o cualquier persona que esté en una postura de brindar ayuda <sup>(14)</sup>. Dentro de las funciones de este factor están el apoyo emocional, material y de información. El apoyo emocional hace referencia a tener alguien con quien hablar, lo que fomenta sentimientos de bienestar, sensación de estima y respeto. Este apoyo fomenta la salud y el bienestar. Estos factores están estrechamente relacionados con el alivio del dolor <sup>(15)</sup>. Por otra parte, al no contar con redes de apoyo, las personas perciben el dolor como algo que tiene mayores consecuencias, sus niveles de ansiedad aumentan y se torna más difícil la efectividad de las estrategias de adaptación <sup>(3)</sup>.

### **Conclusión**

Es importante que el paciente mantenga un papel activo ante su dolor, de forma que su estado de indefensión ante el mismo, pase a una situación de soluciones aprendidas que permitan valorar su dolor como un desafío. Los profesionales de la salud que conforman un equipo multidisciplinario en el manejo del dolor crónico del paciente oncológico deben estar atentos a los factores psicológicos protectores, de manera de reforzarlos e incentivarlos en la interacción cotidiana con el paciente. Un ejemplo claro de eso es que el equipo de salud es parte esencial del apoyo social con el que cuentan sus pacientes. Por otra parte, también deben estar atentos a aquellos factores de riesgo con el objetivo de poder manejarlos y hacer las derivaciones correspondientes con anticipación y precisión.

La derivación a evaluación y tratamiento psicológico en el manejo del dolor del paciente oncológico, es algo que abarca más allá del abordaje en casos severos o en fin de vida. Un trabajo psicoterapéutico es una instancia que permite al paciente ampliar su forma de pensar/sentir y conocer nuevas formas de intervenir positivamente en su tratamiento de modo de prever un mejor alivio del dolor y mejor calidad de vida durante todo el tratamiento.

## Referencias

1. International Association for Study of Pain. *Classification of chronic pain: Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*. 1994, (2ª ed.) Seattle: IASP Press.
2. Melzack R, Casey KL. Sensory, motivational and central control determinants of pain. En D. Kenshalo (Ed.) 1968, *The skin senses* (pp. 168-194). Springfield. Charles C. Thomas.
3. Monsalve V, Gomez Carretero P, Soriano J. Intervención psicológica en dolor oncológico: un estudio de revisión. *Psicooncología* 2006; 3 (1), 139-152.
4. Bonica JJ. Cancer pain: a major national health problem. *Cancer Nursin* 1978; 4, 31-36.
5. Soucase B, Soriano J, Monsalve V. Influencia de los procesos mediadores en la adaptación al dolor crónico, *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2005; 5 (2), 227-241.
6. Rotter J. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychol Monogr* 1966; 80, 609.
7. Lipchik G, Milles K, Covington E. Effects of multidisciplinary pain management treatment on locus of control and pain beliefs in chronic nonterminal pain. *Clin J Pain* 1993; 9, 49-57.
8. Spiegel D, Bloom JR, Yalom I. Group support for patients with metastatic cancer: a randomized outcome study. *Arch Gen Psychiatry*. 1981 May;38(5):527-33.
9. Council JR, Ahern DK, Follick MJ, et al. Expectancies and functional impairment in chronic low back pain. *Pain* 1988; 33, 323-331.
10. Zabora J, Brintzenhofeszoc K, Curbow, B, et al. The prevalence of psychological distress by cancer site. *PsychoOncology* 2001; 10, 19-28.
11. Hernandez M, Cruzado J, Arana Z. Problemas psicológicos en pacientes con cáncer: Dificultades de detección y derivación al psicooncólogo. *Psicooncología* 2007; 4 (1):179-191.
12. Ramirez C, Esteve R, López A. Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico. *Anales de psicología* 2001; 17 (1).
13. Torre F, Martín Corral J, Callejo A, et al. Calidad de vida relacionada con la salud y estrategias de afrontamiento ante el dolor en pacientes atendidos por una unidad de tratamiento del dolor. *Revista de la sociedad española del dolor* 2008;15 (2).
14. Gómez M, Lagoueyte M. El apoyo social: estrategia para afrontar el cáncer de cervix, *Av. enferm.* 2012; 1, 32-41.
15. Barrón A. Apoyo social: aspectos teóricos y aplicaciones. Madrid: Siglo XXI de España Editores; 1996. p. 11.