

# Ansiedad Asociada al Dolor Agudo en Pacientes Oncológicos

Natalia Velázquez Monroy<sup>1</sup>, Luis Gerardo Vázquez Torres<sup>2</sup> y Salvador Alvarado Aguilar<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Universidad del Valle de México

<sup>2</sup> Universidad Autónoma de Tamaulipas

<sup>3</sup> Servicio de Psicooncología del Instituto Nacional de Cancerología de México

## Abstract

*The pain in the oncological patient is a problem that involves many protagonists: the patient and his family, doctors, nurses, sanitary authorities and authorities of medical education, since to a certain extent they undergo all it if he is not tried correctly. A direct and significant correlation between the evaluation of the pain and the emotional states fear and anxiety has been demonstrated. The relation between pain and anxiety can be understood with a multidimensional frame including somatic, emotional, mental and behavioral aspects.*

**Key words:** pain, anxiety, cancer, emotional aspects.

## Resumen

**E**l dolor en el paciente oncológico es un problema que involucra a muchos protagonistas: el paciente y su familia, médicos, enfermeros, autoridades sanitarias y autoridades de la enseñanza médica, dado que en alguna medida todos lo sufren si no es tratado correctamente. Se ha demostrado una correlación directa y significativa entre la autovaloración del dolor y los estados emocionales de temor y ansiedad. La relación entre dolor y ansiedad puede ser entendida con un marco multidimensional incluyendo los aspectos somáticos, emocionales, cognitivos y conductuales.

**Palabras Clave:** dolor, ansiedad, cáncer, aspectos emocionales.

### Correspondencia:

**Natalia Velázquez Monroy**

Residente en Psicooncología. Subdirección de Medicina Interna. Instituto Nacional de Cancerología de México.

San Fernando 22. Col. Sección XIV. 14080. México D.F.

e-Mail: psic.natalia\_vm@hotmail.com

*“Tengo derecho de que familiares,  
amigos  
y el personal de salud,  
cómo médicos y enfermeras  
crean en mi dolor”*

*Anónimo*

## Introducción

El dolor por cáncer no es puramente nociceptivo y físico, sino que envuelve diferentes dimensiones del ser humano tales como personalidad, afecto, cognición, conductas y relaciones sociales. Al diagnóstico y en estadios intermedios, 30 a 45% de los pacientes experimentan dolor moderado a intenso. Cerca del 75% de aquellos con cáncer avanzado presenta dolor y 40 a 50% de éstos cursan con dolor de intensidad moderada a grave, mientras que en 25 a 30% es muy grave (1).

El 25% de los pacientes diagnosticados con cáncer manifiestan síntomas de ansiedad o en el 21% de los casos cumple con criterios de Trastorno Adaptativo Ansioso (2).

En este artículo se muestra como es que el dolor puede afectar el ritmo de vida del paciente, desde el punto de vista psicológico, al ser un dolor agudo, cuya aparición es repentina, la persona se ve limitada para realizar sus actividades cotidianas, incluso en ciertos casos incapacitante, dando como resultado la sintomatología ansiosa. Así como también mostrar las técnicas que la Psicooncología ofrece para su tratamiento.

## Desarrollo

El cáncer es un trastorno del crecimiento y diferenciación celular. Para que se genere una lesión a nivel del genoma (mutación) tienen que intervenir varios factores, sean éstos sustancias químicas, físicas o biológicas, como los virus; o bien puede heredarse con la línea germinal. La teoría genética del cáncer supone que un tumor es consecutivo a la expansión clonal de una célula progenitora que ha sufrido una lesión en su genoma (3).

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor; define al dolor como una experiencia desagradable sen-

sorial y emocional asociada o no a daño real o potencial de los tejidos. Según Tetsuo Koyama en el 2006 expone que la experiencia de un evento sensorial es altamente subjetiva y varía de un individuo a otro por lo tanto no es directamente accesible en su totalidad a un observador externo (4). En este sentido, John J. Bonica, definió al dolor por cáncer como “aquel provocado por cualquier tumor maligno o como consecuencia de las intervenciones terapéuticas hacia el tumor o ambos” (5)

El dolor es una experiencia emocional que se caracteriza por una sensación no placentera y se relaciona habitualmente a daño tisular. La nocicepción se define como el proceso caracterizado por la activación, percepción y respuesta fisiológica al estímulo doloroso. Está integrada por cinco procesos que son: transducción, transmisión, modulación, percepción y sensibilización central. Dependiendo de su duración se clasifica en agudo y crónico; la diferencia entre ambos es el tiempo estimado en que la lesión tisular sana, se ha fijado un término de tres a cuatro semanas para considerarlo crónico (6).

En el presente artículo nos centraremos en el dolor agudo, que según el Manual de alivio del dolor y cuidados paliativos en pacientes con cáncer es el causado por un estímulo nocivo bien definido cuya duración es relativamente corta y por lo regular constituye una importante señal de alarma de que algo malo pasa (7).

Según McGarth y Hillier, aunque por lo común no se hacen distinciones en cuanto a los tipos de dolor agudo, éstos constituyen categorías especiales de dolor debido a los diferentes factores situacionales y emocionales únicos para cada contexto. A diferencia del dolor crónico, en el dolor agudo el factor concomitante emocional más importante es la ansiedad (8).

Citando a Tetsuo Koyama 2006 en este sentido el dolor hace que el hombre sienta la necesidad de ser apoyado física, emocional y espiritualmente (9).

Entre las causas del dolor por cáncer tenemos: la enfermedad en sí misma debido a cambios en la citoestructura de los huesos, nervios, vísceras o tejidos blandos. Al deterioro progresivo debido al cáncer, terapia antineoplásica, secundario a la cirugía, lesiones debidas a la quimioterapia o radioterapia, asociado a procedimientos diagnósticos (10).

José Félix Sancho y cols. en el 2006 plantean que la prevalencia de dolor por estadios clínicos del cáncer es la siguiente: estadios iniciales 15% de los pacientes, estadios medios 30%, cáncer metastático 74% y enfermedad terminal 87%. Mientras que la prevalencia de dolor en cáncer avanzado según la etiología del mismo es: tumores óseos, próstata, sarcomas y partes blandas 80-85%, cáncer ginecológico, urológico y melanomas 75%, cáncer gastrointestinal y mama 56-60%, cáncer de pulmón y SNC 45% y linfomas 20% (11).

El manejo del dolor en el paciente oncológico es un problema que involucra a muchos protagonistas: el paciente y su familia, médicos, enfermeros, autoridades sanitarias y autoridades de la enseñanza médica, dado que en alguna medida todos lo sufren si no es tratado correctamente. El dolor no tratado es un determinante clave del deterioro de la calidad de vida ya que disminuye la actividad del enfermo, interfiere con el apetito, el sueño, el estado de ánimo (12).

Chapman en 1986 otorga importancia al informe verbal del sujeto en la definición del cuadro de dolor, considera que la experiencia de dolor implica asociaciones entre los elementos de la experiencia y un estado afectivo aversivo y además es parte intrínseca de la experiencia de dolor la atribución de significado a los hechos sensoriales desagradables (13).

Entre los síndromes dolorosos más frecuentes en cáncer encontramos: dolor por metástasis óseas (los sitios habituales son: vértebras, pelvis, fémur y cráneo), en este caso el dolor se debe a la activación de nocice-

ceptores locales o a compresión de nervios y tejidos adyacentes. Dolor por metástasis espinales, complicación común en pacientes con cáncer de mama, próstata, carcinoma renal y melanoma. Las plexopatías, mismas que pueden ser causa de dolor intratable cuando están comprometidos por tumor o por fibrosis posradioterapia, es frecuente en pacientes con cáncer de mama, pulmón y en los linfomas. Por último encontramos las neuropatías periféricas, ya que los nervios periféricos pueden comprometerse por compresión o infiltración tumoral y en algunos casos, aunque poco frecuentes por radioterapia o quimioterapia (14).

Algunos de los síntomas que se asocian al dolor agudo son: (15)

- Frecuencia cardiaca aumentada
- Volumen minuto aumentado
- Presión sanguínea aumentada.
- Dilatación de la pupila
- Sudoración palmar.
- Hiperventilación.
- Hipermotilidad.
- Comportamiento de huida
- Estado de ansiedad.

### *Evaluación del dolor*

La evaluación del dolor en el paciente con cáncer es un imperativo para todos los profesionales de la salud debido a que una falla en la evaluación del dolor puede resultar en un tratamiento inadecuado. De acuerdo a los médicos, la evaluación inadecuada del dolor fue el mayor obstáculo para manejarlo con eficacia en la práctica profesional (16).

La información del paciente debe incluir una descripción del dolor: su localización, intensidad/severidad y factores que lo alivian o mejoran; y la respuesta cognitiva del paciente al dolor. Ningún comportamiento observado o signo vital puede ser utilizado en lugar del informe del paciente (17).

Es mejor utilizar instrumentos de evaluación del dolor fáciles y breves que documenten con credibilidad la intensidad y el alivio y que faciliten el saber si exis-

te una correlación con otras dimensiones del dolor como el estado de ánimo. Tres herramientas comunes para auto-evaluación del dolor por el paciente son: Escala Simple Descriptiva de la Intensidad del Dolor, Escala Numérica de la Intensidad del Dolor (0 – 10) y la escala visual análoga (EVA) (18).

Escala visual análoga (EVA). Esta escala de dolor fue ideada por Aitken en 1969, y consiste en una línea horizontal o vertical de 10 centímetros de longitud, cuyos extremos están señalados con los términos “no dolor” y “dolor insoportable”. Y es el paciente el que colocará la cruz en la línea en función. (Figura 1)



Figura 1 ■

Escalas visuales para los niños. Este tipo de escalas de evaluación del dolor fue creado por Wong en 1986. Este tipo de escalas está formado habitualmente por seis expresiones faciales, siendo la primera cara muy sonriente y la última triste y llorosa, mientras que los rostros intermedios muestran diferentes grados de felicidad y tristeza (Figura 2) (19)

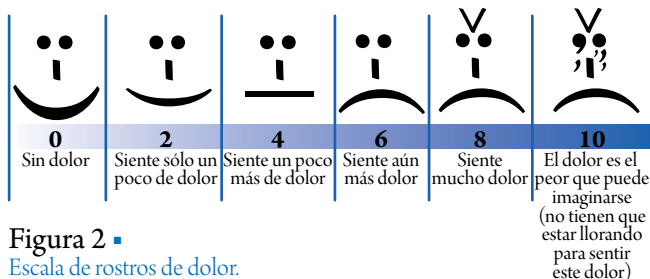


Figura 2 ■  
Escala de rostros de dolor.

A los pacientes que son capaces de responder se les debe preguntar acerca de la eficacia de los tratamientos contra el dolor, en el pasado y el presente y acerca de la terapia antineoplásica o terapias específicas farmacológicas y alternativas no farmacológicas (20).

La valoración apropiada del dolor debe contemplar varios factores puesto que se trata de una experiencia multidimensional en donde se pueden distinguir sus componentes neurofuncionales que conlleven una mayor o menor repercusión psicoafectiva, impacto

socioeconómico y espiritual, a la suma de estos componentes Saunders en 1964 le da el nombre de dolor total: “La experiencia total del paciente comprende ansiedad, depresión y miedo, la preocupación por la pena que afligirá a su familia, y a menudo la necesidad de encontrar un sentido a la situación, una realidad más profunda en la que confiar”

Debido a las múltiples causas de dolor, se requiere una evaluación cuidadosa para proponer un plan adecuado.

La evaluación inicial del dolor debe incluir:

- A.** Una historia detallada, incluyendo la de la intensidad y sus características,
- B.** El examen físico enfatizando en la evaluación neurológica, que permite al clínico definir.
- C.** La localización exacta del dolor.
- D.** Origen: músculo, nervio periférico, raíz, plexos, médula espinal, tallo cerebral, nervios craneales, tálamo (21).
- E.** Cuestionario de dolor de McGill, publicado en 1971 por Melzack y Torgerson. Es un cuestionario multidimensional de 84 rubros para la evaluación de los síndromes del dolor. Se fundamenta en dos conceptos básicos: Que los adjetivos pueden ser un instrumento científicamente válido para describir la experiencia dolorosa y que dicha experiencia implica tres dimensiones neuropsicológicas: sensorial-discriminativa, motivacional-afectiva y cognoscitiva-evaluativa (22).
- F.** Una evaluación psicosocial.

Navarrete en el 2004 plantea que dicha evaluación debe incluir la exploración del efecto y grado de comprensión del diagnóstico y tratamiento del paciente y familiares más cercanos, identificar los significados del dolor tanto para la familia como para el enfermo, saber cuál es el efecto causado al individuo por experiencias dolorosas pasadas, lograr que la persona acepte su respuesta ante situaciones de dolor o estrés y un estudio diagnóstico apropiado para determinar la causa del dolor, así como aceptar las preferencias y expectativas del paciente en cuanto al tratamiento analgésico, orientar la opinión del enfermo respecto a las creencias que existen relacionadas a adicción, dependencia y tolerancia de narcóticos y ansiolíticos; también es de suma importancia entender la

respuesta del paciente al costo económico del tratamiento, controlar los componentes de depresión y ansiedad relacionados al cáncer. (12)

### *Respuestas psicológicas al dolor*

Desde el momento del diagnóstico y durante todo el curso de la enfermedad, el paciente se encuentra sometido a un intenso estrés emocional. Las connotaciones psicosociales que acompañan al cáncer son de gran importancia para comprender los trastornos que se presentan durante el curso de la enfermedad, el factor más importante para afrontar esto es la personalidad previa del sujeto. Según Cano, las secuelas Psicológicas que más se estudian en pacientes con cáncer son los síntomas de ansiedad, depresión y malestar psicológico (23).

La ansiedad podría definirse como la manifestación en que la persona se muestra y se refiere como inquieto, nervioso, tenso, atemorizado, o excesivamente preocupado. Quien la padece presenta importantes manifestaciones somáticas (24).

En la clínica hay que tener en cuenta que hay factores que van a modificar la percepción del dolor y es desde hace mucho tiempo conocido que estos elementos pueden ser los primeros aliados del equipo terapéutico en el manejo del dolor (25). (*Cuadro 1*)

Monsalve y cols. en 2007 en el estudio de revisión “intervención psicológica en dolor oncológico” afirma que aunque el paciente oncológico se enfrenta a multitud de estresores a lo largo

del curso de su enfermedad al igual que pacientes con otras patologías, se puede asumir un mayor impacto inicial del dolor en el paciente oncológico, pudiendo hallarse diferencias a nivel de estrés psicológico experimentado en función de aspectos individuales, diferencias basadas en factores médicos, en el apoyo social percibido, en la capacidad de afrontamiento, o en rasgos de personalidad (26).

Es importante señalar lo frecuente que la forma en que se afronte el dolor tenga una misma consecuencia para determinados aspectos para la vida del paciente, la cual tiende a formar ciclos como por ejemplo: dolor- inactividad – dolor, dolor – tensión muscular – dolor o como planteamos en este artículo: dolor – ansiedad – dolor (27).

De acuerdo a Ferrell, Rhiner, Cohen y cols 1991, existe un efecto del dolor por cáncer en la calidad de vida del paciente en 4 aspectos:

- **Físicos:** Disminución de la capacidad funcional, disminución de la fortaleza y resistencia, náusea y pérdida de apetito y trastornos del sueño.
- **Psicológicos:** Disminución de la alegría y la capacidad lúdica, aumento de la ansiedad y temor, depresión, sufrimiento, dificultad para la concentración, somatización y pérdida de control.
- **Sociales:** Disminución de las relaciones sociales así como de la actividad sexual y afectiva, cambios en la apariencia e incremento en la necesidad de cuidado.
- **Espirituales:** aumento del sufrimiento, cambio de intereses y evaluación de creencias religiosas (28).

La forma en que McGuire dimensiona la experiencia dolorosa la podemos encontrar sintetizada en la *Cuadro 2*.

### *Ansiedad, dolor y cáncer.*

Cuando hablamos de considerar integralmente al dolor resulta recomendable seguir una clasificación que incluya también la intensidad e impacto psicosocial. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) o sus equivalentes. Los trastornos psicoafectivos, se acompañan con frecuencia el dolor agudo se acompaña de altos niveles de ansiedad (29).

**Cuadro 1** ▪ Factores que modifican la percepción del dolor.

Disminuyen el umbral	Aumentan el umbral
Malestar	Control de otros síntomas
Insomnio	Sueño
Fatiga	Reposo
Ansiedad	Simpatía
Miedo	Comprensión
Enfado	Solidaridad
Tristeza	Distracción
Depresión	Reducir ansiedad
Aburrimiento	Mejorar el estado de ánimo
Introversión	Ansiolíticos
Aislamiento Mental	Antidepresivos

**Cuadro 2** ■  
Dimensiones de la experiencia dolorosa

<b>Dimensión Fisiológica</b>	Localización Inicio Duración
<b>Dimensión Sensorial</b>	Intensidad Calidad Patrón
<b>Dimensión Afectiva</b>	Estado de ánimo Ansiedad Depresión
<b>Dimensión Cognitiva</b>	Significado Autoimagen Afrontamiento
<b>Dimensión Comportamental</b>	Comunicación Actividad física Dormir
<b>Dimensión Socio-cultural</b>	Responsabilidad Actitudes Creencias

De acuerdo con Tobal (1990) la ansiedad puede ser entendida como una respuesta emocional y engloba aspectos cognitivos no placenteros de tensión, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La respuesta de ansiedad puede ser producida por estímulos externos o situacionales; como por estímulos internos al sujeto, tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc., que son percibidos por el individuo como peligrosos o amenazantes. Se trata además de un estado subjetivo en el que se producen cambios fisiológicos mediados por el sistema neurovegetativo, como taquicardia y sudoración entre otras, así mismo puede ser anticipadora ante determinado evento o ser componente emocional de la experiencia dolorosa (30).

Según el DSM IV el diagnóstico del trastorno por ansiedad generalizada requiere la presencia de:

- a) ansiedad excesiva
- b) preocupación
- c) dificultad para controlar la preocupación
- d) dificultad para concentrarse,
- e) irritabilidad
- f) tensión muscular.

Por su parte Spielberger en 1980 describe la ansiedad como una reacción emocional caracterizada por sensaciones subjetivas de temor, nerviosismo y preocupación, así como una elevada actividad del sistema nervioso autónomo. La ansiedad tiene una intensidad variable y fluctúa en el tiempo. La incertidumbre, la aprensión y el nerviosismo acompañan los niveles moderados de ansiedad, mientras que los niveles muy altos se caracterizan por un miedo y un temor intenso aunados a una conducta de pánico (31).

Citando al mismo autor los dolores agudos, crónicos o recurrentes inducen los siguientes síntomas creando así un estado de ansiedad prolongado dando como resultado un círculo vicioso de ansiedad – dolor.

Hollestein señala que los síntomas de la ansiedad se separan en tres grupos: síntomas somáticos, cognitivos y conductuales. (Cuadro 3)

De acuerdo con Meseguer, el cáncer tiene el atributo de exacerbar los rasgos de personalidad de cada individuo conduciendo a una persona con alto riesgo de ansiedad previo a que enfermara de cáncer a desbordarse.

Los trastornos de ansiedad en oncología son los más frecuentes cuando se comparan con otras patologías. Morrow y su grupo informan que empleando el DSM III-R en una muestra de 215 pacientes oncológicos, del 13% presentaron trastornos de adaptación con síntomas mixtos de ansiedad y depresión; y de ansiedad intensa en el 21% de los pacientes (32).

Según el National Cancer Institute los pacientes que experimentan dolores graves se sienten ansiosos y la ansiedad puede aumentar a su vez la sensación del dolor,

De acuerdo a Thielking en el 2003, la relación entre dolor y ansiedad puede ser entendida con un marco multidimensional incluyendo los aspectos somáticos, emocionales, cognitivos y conductuales. Los pacientes que tienen cáncer o tratamiento relacionado al dolor tienden a ser más ansiosos que los pacientes oncológicos que no presentan dolor. Los pacientes con dolor y ansiedad pueden representar un dilema

**Cuadro 3** ■  
Síntomas de la ansiedad.

Síntomas Somático	Síntomas Cognitivos	Síntomas Conductuales
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Malestar</li> <li>▪ Alteración del ritmo cardiaco</li> <li>▪ Sensación de ahogo</li> <li>▪ Disnea</li> <li>▪ Opresión torácica</li> <li>▪ Molestias gástricas</li> <li>▪ Náuseas</li> <li>▪ Vómito</li> <li>▪ Inestabilidad</li> <li>▪ Mareos</li> <li>▪ Cefalea</li> <li>▪ Tensión muscular</li> <li>▪ Parestesias</li> <li>▪ Sudoración</li> <li>▪ Escalofríos</li> <li>▪ Sofocaciones</li> <li>▪ Temblores</li> <li>▪ Cansancio</li> <li>▪ Dolor</li> <li>▪ Pérdida de apetito</li> <li>▪ Insomnio</li> <li>▪ Disminución de la libido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pensamientos negativos, distorsionados y recurrentes acerca de la enfermedad, el pronóstico y el tratamiento</li> <li>▪ Miedos acerca de la muerte y la dependencia de los demás</li> <li>▪ Sobregeneralización</li> <li>▪ Catastrofismo</li> <li>▪ Magnificación de los aspectos negativos y minimización de los positivos</li> <li>▪ Abstracción selectiva</li> <li>▪ Indefensión</li> <li>▪ Sentimientos de culpa</li> <li>▪ Desrealización</li> <li>▪ Despersonalización</li> <li>▪ Miedo a perder el control y volverse loco</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aislamiento social</li> <li>▪ Evitación de los estímulos temidos (baja adherencia al tratamiento, abandono del mismo)</li> <li>▪ Irritabilidad</li> <li>▪ Mutismo</li> <li>▪ Verborrea</li> <li>▪ Inquietud interna</li> <li>▪ Agitación psicomotriz</li> <li>▪ Hiperactividad</li> </ul>

al momento del diagnóstico pues cierto grado de ansiedad es normal al presentar esta enfermedad (33).

En los pacientes con cáncer es común que se presenten, como ya se ha mencionado, trastornos de ansiedad. Citando al DSM IV, éstas pueden presentarse de tres distintas formas: con ansiedad generalizada, que es cuando predomina la ansiedad o preocupación excesivas centradas en múltiples acontecimientos o actividades. Con crisis de angustia, que se caracteriza por:

- 1) Palpitaciones o elevación de la frecuencias cardiacas
- 2) Sudoraciones
- 3) Temblores o sacudidas
- 4) Sensación de ahogo o falta de aliento
- 5) Sensación de atragantarse
- 6) Opresión o malestar torácico.
- 7) Náuseas o molestias abdominales
- 8) Inestabilidad, mareo o desmayo.
- 9) Desrealización o despersonalización.

10) Miedo a perder el control

11) Parestesias.

12) Escalofríos

Y por último con síntomas obsesivo-compulsivos: cuando predominan las obsesiones o las compulsiones en la presentación clínica.

La National Comprehensive Center Network (NCCN) desarrolló la Guía para el manejo del distress y consiste básicamente en recomendaciones para la evaluación, tratamiento y seguimiento del cuidado del paciente. La base de cada una de las recomendaciones de la guía es que antes de iniciar el tratamiento el paciente es remitido a un profesional de la salud mental para su evaluación psiquiátrica y Psicológica.

Por su parte Laura Aldana Vilas en el 2003 afirma que se ha demostrado una correlación directa y significativa entre la autovaloración del dolor y los estados emocionales de temor y ansiedad. Comenta también que al analizar la variable ansiedad, se observó que aquellos pacientes con sobrevaloración del temor, la ansiedad y del dolor real, con relaciones directas significativas (34).

Sobre esta misma línea Mosalve dice que los autores que trabajan sobre las relaciones de estas variables, en general se basan en la teoría de la personalidad de Eysenk, que afirma que el neuroticismo es definido como una tendencia a experimentar emociones negativas crónicas, a poseer un estilo de pensamiento rumiativo, temeroso, baja autoestima y sentimientos de impotencia. Todo ello lleva a los sujetos a sobreestimar los aspectos negativos de las situaciones y a desarrollar un punto de vista catastrofista. El mismo autor menciona que por otro lado se hipotetiza que los introvertidos muestran una mayor facilidad para responder ante estímulos externos ya que funcionan con un alto nivel de activación, lo cual les hace más sensibles a estímulos tales como el dolor.

### *Instrumentos de evaluación de la ansiedad en pacientes con cáncer*

Antes de aplicar cualquier tipo de estrategia psicológica para el manejo del dolor es necesario reali-

zar una evaluación del mismo, es decir debemos identificar el tipo y características del dolor, las limitaciones que le ha ocasionado al paciente, ya sean físicas, psicológicas y sociales etc, conocer las circunstancias bajo las cuales aumenta o mejora el dolor, saber con que estrategias cuenta el paciente para manejar el dolor, pudiendo farmacológico, descanso u horas de sueño, conocer las estrategias con que cuenta el paciente para adaptarse a la vida con dolor, las expectativas que se tengan en cuanto al dolor y por último las conductas de dolor refiriéndonos a la expresión visible o audible que el paciente hace ante la experiencia de dolor.

### *Escala de ansiedad y depresión en el hospital HADS*

La escala más utilizada para medir la ansiedad en pacientes oncológicos, desarrollada por Zigmond y Snaith, mide el malestar personal ocasionado por el hospital y los servicios médicos. Consta de 14 ítems basado en la escala Hamilton de ansiedad, suprimiendo los síntomas somáticos que pueden confundirse, más los síntomas de depresión centrados especialmente en la pérdida de placer o anhedonia. Esta escala ha sido utilizada para la medida de aspectos emocionales con distintos grupos de pacientes, entre ellos con grupos de pacientes con dolor crónico (35).

### *Profile of Mood Status (POMS)*

El perfil de estado de ánimo es un autoinforme diseñado por Lorr y McNair –Douglas compuesto por 6 subescalas: ansiedad, depresión, hostilidad, activación, cansancio y desorientación y confusión. Para su elaboración los autores realizaron seis análisis factoriales sobre un total de 100 adjetivos. El perfil fue diseñado para medir el efecto de la psicoterapia y ha sido ampliamente usado en oncología (36).

### *Brief Symptom Inventory (BSI)*

El inventario breve de síntomas de Degoratis y Melisaratos realizado en 1975 mide el malestar emocional mediante 9 subescalas: ansiedad, depresión, somatización, sensibilidad interpersonal, obsesividad, hostilidad, ansiedad fóbica o evitativa, paranoísmo y psicoticismo.

Según Degoratis y Melisaratos en 1983, las nueve dimensiones del BSI poseen una fiabilidad test-retest y una consistencia interna muy buena, así como una elevada validez convergente y discriminante con las escalas de MMPI (37).

### *State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*

El STAI fue construido por Spielberg, Gorusch, y Lushene. Inicialmente conceptualizado como un instrumento de búsqueda de ansiedad en adultos. Es un instrumento de autoreporte que incluye subescalas para medir por separado ansiedad rasgo y ansiedad estado.

De acuerdo al autor, la ansiedad estado refleja un “estado emocional transitorio que se caracteriza por un sentimiento subjetivo de tensión y aprehensión y aumento en la actividad del sistema nervioso central. La ansiedad estado puede variar en tiempo e intensidad, mientras que la ansiedad estado refleja una tendencia generalizada a responder con ansiedad y a percibir las situaciones como amenazadoras (38).

Usada como el estándar de oro, este cuestionario diseñado por Spielberger consta de dos subescalas: la de estado (ansiedad circunstancial) y la de rasgo (ansiedad como atributo estable de la personalidad). Se ha construido una versión para pacientes con cáncer.

### *Tratamiento psicooncológico*

Actualmente se reconoce la influencia de los factores conductuales, psicológicos y sociales en los reportes de dolor (39).

De acuerdo a la Guía de tratamiento para pacientes con dolor por cáncer de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) las técnicas psicológicas pueden ser efectivas en el alivio del dolor así como para lograr que el paciente se reincorpore a sus actividades habituales. Estas técnicas incluyen imaginación, relajación, técnicas de distracción, hipnosis, adquisición de habilidades de afrontamiento y apoyo psicológico.

La imaginación es una técnica en la que se usan representaciones vívidas (por lo regular visuales) de escenas o acciones placenteras. Es un tipo de sueño de día

deliberado y dirigido. La imaginería es la más utilizada para fines terapéuticos y su eficacia depende de la actitud del paciente y del nivel de convencimiento. La imaginería emotiva se centra en la excitación de ciertas emociones como alegría y satisfacción y la sensorial se centra en sensaciones de tipo visual, auditivo, cinestésico, olfativo, gustativo, somatosensorial y táctil. Los antecedentes de la utilización de esta técnica con pacientes oncológicos incluyen: su utilización en la Asociación Española contra el Cáncer, Torres en 1997 cita también estas técnicas conductuales para su uso en el tratamiento específico de la ansiedad "Las medidas no farmacológicas para tratar la ansiedad del paciente terminal consisten en psicoterapia de apoyo de breve duración y técnicas conductuales (relajación, imaginación guiada, etc.) (40).

Según la guía clínica para el manejo del dolor por cáncer las técnicas de relajación y visualización se utilizan para lograr un estado de relajación física y mental. La relajación mental se refiere a la disminución de la ansiedad, la relajación física se refiere a la reducción de la tensión muscular. Las técnicas de relajación incluyen ejercicios simples de respiración dirigida, relajación muscular progresiva meditación y relajación con música.

Por otra parte Miró en el 2007 comenta que se puede modular la intensidad del dolor y su malestar modificando el foco de atención, también proporcionando la competencia atencional con los estímulos nociceptivos. Así como también afirma que los efectos de la distracción se explicarían por que los procedimientos de distracción propician la competencia entre estímulos y cargan, acaso sobrecargan, la limitada capacidad de los pacientes (41).

Otra parte importante como lo señala la guía clínica práctica del manejo del dolor por cáncer es la psicoeducación. Se debe ofrecer información precisa y sencilla acerca del dolor, valoración del dolor, el uso de medicamentos y otros métodos para el alivio del dolor al paciente y su familia. La educación también debe abordar concepciones erradas, como la creencia de que el medicamento se debe utilizar solo cuando el

dolor es severo, o de lo contrario no será efectivo. Uno de los objetivos de esta técnica es involucrar al enfermo y a su familia en el manejo del dolor y uno de los principales retos es una comprensión más completa acerca de la naturaleza del dolor, su tratamiento y el papel que los mismos pacientes puedan ejercer (42).

Los modelos de estrés y afrontamiento establecen que la variabilidad en la adaptación de las personas depende de sus "evaluaciones cognoscitivas" de la experiencia del dolor, así como de las estrategias de afrontamiento conductuales y cognoscitivas que se emplean.

La terapia cognitivo-conductual para el tratamiento del dolor comprende un conjunto de técnicas que se basan en la modificación de las cogniciones relacionadas con el dolor (actitudes, creencias y expectativas) así como en la modificación de la reacción del individuo ante la experiencia del dolor

El objetivo de las técnicas psico-sociales es ayudar al paciente a ganar sentido de control sobre el dolor. El fundamento de estas intervenciones es que al cambiar la forma de pensar de los pacientes acerca de su dolor puede tener un impacto positivo sobre su sensibilidad, sus emociones y reacciones hacia el dolor (McGrath 1990). Estas intervenciones pueden utilizar técnicas cognoscitivas o conductuales, o ambas. Al enfocarse en la percepción y el pensamiento, las técnicas cognoscitivas influyen en la forma como interpretamos los eventos y las sensaciones corporales. Darle información acerca del dolor y su manejo ayuda al paciente a cambiar la percepción del dolor ayudándole a manejar el dolor y modificar sus reacciones. Mediante estas técnicas se busca restablecer la sensación de autocontrol, eficacia personal y su participación activa en el autocuidado.

Las técnicas de relajación e imaginación guiada pueden reducir el dolor y el uso de analgésicos.

Imaginación guiada: En esta técnica el terapeuta dirige el pensamiento del paciente mediante la descripción de situaciones, zonas corporales y colores, de tal manera que el enfermo se sienta reconfortado y relajado tanto visual como sensorialmente (43).

Este tipo de intervenciones pueden resultar benéficas para evitar los cambios en el estado de ánimo del paciente aumentando así su calidad de vida.

La American Pain Society, en 2004, recomendó que además de administrar analgésicos se debe apoyar el uso de métodos no farmacológicos por parte del usuario como la distracción, la representación de imágenes y la relajación. Las estrategias de conducta pueden restaurar la sensación que tiene el usuario de autocontrol, autoeficacia y participación activa en su cuidado (44).

Existen algunos estudios que ofrecen conclusiones puntuales acerca de la eficacia de intervenciones psicosociales en el tratamiento de la ansiedad en pacientes con cáncer. Uno de ellos es el de Goodwin y cols. publicado en el 2001 en el *New England Journal of Medicine* en la que concluyen que a pesar de que la psicoterapia de apoyo no incidía en la supervivencia de mujeres con cáncer de mama metastásico si mejoró de forma considerable su calidad de vida fundamentalmente porque tuvieron menos dolor y sufrimiento (45).

### Conclusiones

El dolor en el paciente con cáncer puede presentarse por distintas causas entre las cuales encontramos: el tratamiento, el cáncer en sí o por metástasis, existen diversas formas para manejar el dolor, es muy importante subrayar que para que se de el manejo adecuado se debe llevar a cabo una evaluación eficaz debiendo contemplar la parte física y mental. Es común que se genere un círculo dolor – ansiedad.

Se ha comprobado que existen algunos factores que modifican la percepción del dolor, algunos de éstos son insomnio, fatiga, miedo y ansiedad y se ha encontrado que disminuyéndola se puede modificar el umbral de dolor, haciéndolo más soportable.

Si bien es cierto que el manejo farmacológico es de vital importancia también contamos con estrategias psicológicas que pueden brindar una mejoría al paciente.

En cuanto al manejo del dolor, la psicología ofrece distintas alternativas cognitivo – conductuales que

brindan la posibilidad de disminuirlo a su vez incrementando la calidad de vida de los pacientes, para la forma en que van a responder al dolor agudo. Algunas de éstas son: relajación, técnicas de respiración diafragmática, imaginación guiada, etc.

Debe darse una atención multidisciplinaria al paciente, con el fin de brindarle la mayor información posible al paciente acerca de su padecimiento, cómo este interfiere en la aparición del dolor y las herramientas con que cuenta para controlarlo, ya sean psicológicas y/o farmacológicas, se ha visto que mientras más tenga información al respecto va a tener mayor control de la situación lo que reducirá en medida considerable los niveles de ansiedad.

### Referencias

1. Abelardo Meneses, Ruiz- Godoy. Cap. 3 Etiología del cáncer. En: Plancarte Sánchez R, Mayer Rivera F. Manual de alivio de dolor y cuidados paliativos del paciente con cáncer. Editorial McGraw Hill. 2003: 31 ▪
2. J. Porta, X. Gómez Batista. Cap. 8 Síntomas Psiquiátricos. En: Porta X, Gómez Batista, Manual de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y Terminal. México. Editorial Aran 2004: 181-197 ▪
3. Herrera G, Granados G, De la Garza S. El cáncer. En: Herrera A. y Granados M.EDS. Manual de Oncología. Procedimientos medico-quirúrgicos.3ª.Ed., México. Editorial. McGraw-Hill Interamericana, 2006:1-7 ▪
4. Liliana de Luna. Cap.1. lineamientos mundiales para el dolor con cáncer. En: Plancarte S.R, Mayer R.F. Manual de alivio del dolor y cuidados paliativos del paciente con cáncer. Editorial McGraw Hill. 2003. 1-18 ▪
5. John J. Bonica. Cancer pain. En Pain. Bonica J. Raven Press, New York, 1980; 335-362 ▪
6. U. Guevara. De Lille. Medicina del dolor y paliativa. Cap. I Generalidades y taxonomía del dolor. Edit Corinter. 2002. 21-32 ▪
7. Sánchez Páez Magaly. Cap. 32. Aspectos Psicológicos del dolor en el niño. En: Plancarte Sánchez R, Mayer Rivera F. Manual de alivio de dolor y cuidados paliativos del paciente con cáncer. Editorial McGraw Hill. 2003. 373 - 406 ▪
8. Parte XI. Dolor agudo y posoperatorio. En: Torres L., Elorza Julián y cols. Medicina del dolor. Madrid. Editorial Masson. 2003. 630 -727 ▪
9. Tetsuo Koyama, et al, The subjective experience of pain: where expectations become reality” PNAS Vol 2, 36. 2006 ▪
10. Francisco Javier Mayer Rivera y cols. Dolor en cáncer. En: Medicina del dolor y paliativa, Guevara, De Lille, Cap 22. Editorial Corinter. 2002. 401 ▪
11. Félix S. José, Fernández A., Sancho A., Cavallo L., Pérez M. Gumersindo, Cruzado A. Juan. Tratamiento del dolor oncológico en el anciano. Psicooncología. Vol.3

Núm. 1, 2006, 153-161 ▪

12. A. M. Araujo, M. Gómez J. Pascual, M. Castañeda I., L. Pezonaga, J.L. Borque. Tratamiento del dolor en el paciente oncológico. *An. Sist. Sanit. Navas*, Vol. 27.2004. Suplemento 3: p.p 63 - 75 ▪

13. Chapman y cols. Aspectos psicosociales del dolor. En: FJ Gala, M. Lupiani, C. Guillén y cols. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace. 2006. 46-55 ▪

14. González Barón M, López González J., Molina Villaverde R. Cuidados Paliativos en pacientes con cáncer. En: Herrera A. y Granados M.EDS. Manual de Oncología. Procedimientos medico-quirúrgicos.3ª.Ed., México, Editorial. McGraw-Hill Interamericana, 2006. 867-880 ▪

15. Doyle D. Hanks G. McDonald N. Textbook of paliative medicine. 2a ed. Oxford Medical Publications. Oxford University Press. 1999; 3-8 ▪

16. Von Roenn JH, Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, Pandya K. Physician attitudes and practice in cancer pain management. *Ann Intern Medicine* 1993; 119:121-126 ▪

17. Boyle j. Gregory, Fernández E, Ortet G, El cuestionario del dolor de McGill en: Revista de Psicología de la Universidad de Chile. Vol. XII, No. 1, 2003. Pág.: 111-119 ▪

18. Guía Clínica Práctica No. 9 Manejo del dolor por cáncer. The University of Texas. MD Anderson Cancer Center. 1999. Cap 2. 1994. 23-38 ▪

19. P. Khosravi Shahi, A., Del Castillo Rueda, G. Pérez Manga. Manejo del dolor oncológico. *Anales de Medicina Interna*. Aran Ediciones. Madrid. Vol. 24 No 11. 2007. 554- 557 ▪

20. M.A Vidal, L.M. Torres. In memoriam Cicely Saunders, fundadora de los cuidados paliativos” *Rev. Soc. Esp. Dolor* Vol 3. 2006. 144 ▪

21. Maldonado L. David. La exploración neurológica del paciente con dolor. En: *Medicina del dolor y paliativa*, Cap 3. Editorial Corinter. 2002. 43 ▪

22. Boyle j. Gregory, Fernández E, Ortet G, El cuestionario del dolor de McGill en: Revista de Psicología de la Universidad de Chile. Vol. XII, No. 1, 2003. Pp.: 111-119 ▪

23. Cano. A. Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. *Psicooncología*, Vol. 2, Núm. 1, 2005. 71-80 ▪

24. Meseguer Hernández C. La ansiedad. En: Die Trill Maria .Psico- oncología. Madrid. Ades Ediciones S.L. Capitulo 21. 2003. 338-342 ▪

25. J. Porta, D. Rodríguez, C. Sala. Dolor En: Porta, X. Gómez- Batiste Manual de control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y Terminal. Edit Arán 2004. 35-89 ▪

26. Monsalve, Patricia Gómez Carretero, José Soriano. Intervención Psicológica en el dolor oncológico: Un estudio de revisión. En *Psicooncología*, Vol. 3, Núm. 1, 2006. 139-152 ▪

27. G. Benito y cols “Intervención del psicólogo en las clínicas del dolor: Una propuesta desde la experiencia de la Unidad del Dolor del Hospital Universitario príncipe de Asturias en Alcalá de Henares, Madrid. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 2006. 4: 254- 262 ▪

28. Cap. 1 Generalidades Guía clínica práctica No. 9 Manejo del dolor por cáncer. U.S Department of health and human Services. The University of texas MD Anderson Dancer Center. 1994. 7-21 ▪

29. Guevara López U, De Ille Fuentes R. Capitulo 1 Generalidades y taxonomía del dolor. En: Guevara López U, De Ille Fuentes R. *Medicina del dolor y paliativa*. México. Ed. Corinter. 2002. 21-33 ▪

30. Miguel Tobal, J.J. La ansiedad. En J. Mayor y L. Piniillos (eds.): *Tratado de Psicología General: Motivación y Emoción* (Vol. 3), Madrid: Alambra. 1990. 309-344 ▪

31. Sánchez Pérez Magaly. Aspectos psicológicos del dolor en el niño. En: Plancarte Sánchez R. Mayer Rivera F. *Manual de alivio del dolor y cuidados paliativos en pacientes con cáncer*. México. McGraw Hill. 2007. Capitulo 32. 373- 384 ▪

32. Meseguer Hernández C. La ansiedad. En: Die Trill Maria .Psico- oncología. Madrid. Ades Ediciones S.L. 2003. Capitulo 21. 338-342 ▪

33. Paul D. Thielking Cancer pain and anxiety. *Current Medicine Group. LLC. Volume 7, Number 4, Agosto* 2003. 4: 249-261 ▪

34. Aldana V. Laura y cols. “Enfoque Psicológico y fisiológico del dolor agudo”, *Revista Cubana Médica Militar* 2003; 32. 197-203 ▪

35. Health and quality of life outcomes. R. Philip Snaith, *The Hospital Anxiety and Depression Scale*. *BioMed Central*. 2003. 1-29 ▪

36. Arce Fernández Constantino, Andrade Fernández Elena Maria. Problemas Semánticos en la adaptación del POMS al castellano. *Psicothema*. Suplemento dos Universidad de Oviedo España. Vol. 19,1. 2007. 150-155 ▪

37. Bragado Carmen, Bernabé Rosa Inés. Factores de riesgo para los trastornos conductuales ansiedad, depresivos y de la eliminación en niños y adolescentes. *Carrasco Universidad Complutense de Madrid y \* Universidad de Málaga*. *Psicothema*, 1999. Vol. 11, 4. 939-956 ▪

38. Spielberg CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Cuestionario de Ansiedad Estado- Rasgo (STAI). Madrid. Tea: 1997. 154-210 ▪

39. Jacobsen Paul B. “Psychosocial interventions for anxiety and depresión in adult cancer patients: Achievements and challenges” *A cancer journal for clinicians*. *American Cáncer Society*: 2008; 58. 214-230 ▪

40. Roriguez López M.J. Técnicas diagnósticas y de tratamiento del dolor En: L. M. Torres, Elorza Julián y cols. *Medicina del dolor*. Masson 1997. 545 - 557 ▪

41. J. Miró, R. Nieto, A. Huguet. Realidad virtual y manejo del dolor. En: Cuadernos de Medicina psicosomática y psiquiatría de enlace. No. 82; 2007. P.p 52 - 64 ▪

42. Capitulo 4. Manejo No farmacológico: Modalidades Físicas y psicológicas. Guía Clínica Práctica Número 9. Manejo del dolor por cáncer. The University of Texas MD Anderson Cancer Center. 1994. 75- 88 ▪

43. Davis M. McKay M, Eshelman ER. Técnicas de auto-control emocional, Barcelona: Eed. Martínez Roca Colección práctica. 1985. 156-217 ▪

44. Nursing diagnosis handbook: a guide to planning care. Ackley J. Betty, Gail B. Ladwig. Edit. -Elsevier Mosby 7th ed. 2006. 650-710 ▪

45. Valiente María. El uso de la visualización en el tratamiento psicológico de enfermos de cáncer. *Psicooncología*. Vol. 3, 1. 2006. 19-34 ▪