

## INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN DOLOR ONCOLÓGICO: UN ESTUDIO DE REVISIÓN

Vicente Monsalve\*, Patricia Gómez-Carretero\*\* y José Soriano\*\*\*

\* Unidad Multidisciplinar del dolor en el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

\*\* Fundación Valenciana para el Estudio y Tratamiento del Dolor.

\*\*\* Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.

### Resumen

**OBJETIVO:** Realización de una revisión de la literatura sobre aspectos psicológicos relacionados con el dolor en pacientes oncológicos, así como de los diferentes modelos de intervención psicológica que han mostrado su efectividad en el tratamiento del dolor.

**MÉTODO:** La revisión bibliográfica se realizó a través de las bases de datos Medline y PsycINFO.

**RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** Las variables psicológicas relacionadas con el dolor en pacientes oncológicos se encuentran asociadas tanto a factores de personalidad (neuroticismo, introversión-extraversión, locus de control), como psicosociales (*distress* psicológico, ansiedad, depresión, apoyo social, estrategias de afrontamiento), siendo la intervención que más apoyo científico ha conseguido por su eficacia respecto al alivio del dolor, la que parte desde una perspectiva cognitivo-conductual, aunque también puede resultar de utilidad la empleada desde modelos psico-educativos y la psicoterapia de apoyo. En cualquier caso, la intervención psicológica debe estar encuadrada en el contexto de un tratamiento multidisciplinar, y debe entenderse como una terapia complementaria que facilita y complementa el efecto positivo de otras terapias más centradas en los aspectos físicos de la enfermedad.

**Palabras clave:** Dolor oncológico, variables psicológicas, intervención multidisciplinar.

### Abstract

**OBJECTIVE:** To realize a review of the existent literature about the psychological aspects related with cancer pain patients as well as the different psychological intervention models that have showed its efficacy in pain treatment.

**METHODS:** Medline and PsycINFO databases were reviewed.

**RESULTS AND CONCLUSIONS:** The psychological variables related with cancer pain are associated with personality factors (neuroticism, introversion, extraversion) as well as psychosocial factors (psychological distress, anxiety, depression, social support, coping strategies), and the cognitive-conductual intervention is the perspective that has obtained the most scientific support due to its efficacy in the pain control, although psychoeducation models and support psychotherapy can be useful too. In any case, the psychological intervention must be framed in the context of a multidisciplinary treatment, and must be understood as a complementary therapy that facility and complement the positive effect of other therapies more centred in physical aspects of the illness.

**Key words:** Cancer Pain, psychological variables, multidisciplinary intervention.

---

### Correspondencia:

Vicente Monsalve Dolz

Unidad Multidisciplinar para el Tratamiento del Dolor

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (CHGUV)

Av. Tres Cruces, nº 2. 46014 Valencia

E-mail: [monsalve\\_vic@gva.es](mailto:monsalve_vic@gva.es)

## INTRODUCCIÓN

La definición del dolor como una percepción compleja y multidimensional modulada por distintas dimensiones sensoriales, cognitivas y emocionales, donde es clave la modulación del sistema nervioso central<sup>(1)</sup>, supone el primer paso hacia la consideración del mismo como una enfermedad con entidad propia, sin papel biológico relevante cuando es mantenido, que requiere de intervenciones específicas para su control. De este modo, como indicaron Shimm et al.<sup>(2)</sup>, resulta necesaria la realización tanto de una valoración médica como psicológica para una adecuada intervención en el paciente oncológico con dolor.

Diversas investigaciones identifican el dolor como un síntoma común en el transcurso de la enfermedad oncológica, el cual puede ser consecuencia del crecimiento del tumor primario o de una metástasis, pero también puede ser producido por procedimientos diagnósticos (punción lumbar, biopsia, etc.) o terapéuticos (radioterapia, quimioterapia, etc.), así como por el diagnóstico de otras patologías concomitantes no relacionadas con la enfermedad oncológica, como una artrosis o una hernia discal. Concretamente, Meuser et al.<sup>(3)</sup> indican que entre el 70 y el 90% de la población oncológica experimenta un dolor grave en el curso de su enfermedad. Del mismo modo, Bonica<sup>(4)</sup> halla que cerca del 75% de la población con enfermedad oncológica avanzada tiene dolor, falleciendo el 25% de este tipo de pacientes con dolor grave no controlado<sup>(5)</sup>.

Los resultados de una encuesta prospectiva multilingüe realizada por el Grupo de Trabajo sobre Dolor asociado al Cáncer de la IASP<sup>(6)</sup> en la que participaron 24 países, mostraron que el 40% de los pacientes oncológicos tenían dolor

en ese momento a pesar de que más del 90% estaba recibiendo un tratamiento farmacológico con opiáceos, situándose la evolución media del dolor en torno a los 6 meses, y la intensidad del mismo entre moderada y grave en más del 50% de los casos. Así mismo, más del 60% de los participantes habían experimentado dolores irruptivos transitorios de intensidad grave además de su dolor basal.

En cuanto a las causas del dolor, pese a que fundamentalmente era atribuible al tumor, en un 20% de los casos se hallaba relacionado con el tratamiento del mismo, y en más de un 2% ni con el tumor ni con su tratamiento. Por otro lado, más del 70% mostraron una dependencia funcional relevante respecto a su estado físico. En este sentido, el sufrimiento ocasionado por la experiencia del dolor en el paciente oncológico puede tener un efecto sobre su calidad de vida. Además, el dolor se puede hallar relacionado con problemas concomitantes como trastornos del sueño, trastornos alimentarios, alteraciones sexuales, etc.<sup>(7,8)</sup>, siendo uno de los predictores más importantes de la ideación suicida en estos pacientes cuando se encuentra mal controlado<sup>(9,10)</sup>.

Otros estudios indican el papel del dolor como predictor en la supervivencia del paciente<sup>(11)</sup>, así como su efecto como patógeno en sí mismo, pudiendo facilitar la progresión metastásica de la enfermedad<sup>(12)</sup>.

Los datos hasta aquí expuestos indican la necesidad de subrayar que el paciente oncológico requiere una atención específica en el tratamiento del dolor, que va más allá de los métodos convencionales y del tratamiento unidimensional, pudiendo incluirse recursos que se han generado desde la Psicología para favorecer un adecuado control o el alivio de la sintomatología álgida, y que han mostrado su utilidad y eficacia.

En este sentido, y dentro del ámbito de la Psico-oncología, también el estudio y tratamiento del dolor se ha convertido en uno de los aspectos que ha cobrado relevancia, hasta ser considerado como una de las líneas necesarias a nivel asistencial y de investigación<sup>(13)</sup>.

## RELACIÓN ENTRE VARIABLES PSICOLÓGICAS Y DOLOR ONCOLÓGICO

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 que en el no oncológico<sup>(14,15)</sup>, pudiendo hallarse diferencias en cuanto al nivel de *distress* psicológico experimentado en función de diferencias individuales, diferencias basadas en factores médicos, en el apoyo social percibido, en la capacidad de afrontamiento, o en rasgos de personalidad.

### Neuroticismo e introversión-extraversión y dolor oncológico

Los autores que trabajan sobre las relaciones entre estas variables, en general, se basan en la teoría de la personalidad de Eysenk<sup>(16)</sup> para interpretar los resultados obtenidos. Según esta teoría, 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 que puntúan alto en esta dimensión a sobreestimar los aspectos negativos de las situaciones y a desarrollar un punto de vista catastrofista. Por otro lado, se hipotetiza que los introvertidos muestran una mayor facilidad para responder ante estímulos externos, ya que fun-

cionan con un alto nivel de activación (arousal), lo cual les hace más sensibles a estímulos tales como el dolor.

Bond<sup>(17)</sup> tras evaluar los niveles de neuroticismo en pacientes oncológicos con dolor intratable antes y después de una cordotomía cervical para el alivio del mismo, halló que en algunos pacientes las bajas puntuaciones previas a la intervención se veían incrementadas en el postoperatorio cuando el dolor había sido controlado. En cambio, en otro grupo de pacientes, halló un efecto contrario, por lo que llegó a la conclusión de que los factores de personalidad pueden verse distorsionados por la presencia del dolor, de manera que su control posterior puede provocar la restauración de los perfiles iniciales de la personalidad del individuo. Estos resultados sugieren que el dolor ante una enfermedad grave puede actuar como modulador de las características de personalidad del individuo.

En un estudio posterior, Bond y Pearson<sup>(18)</sup> dividieron una muestra de mujeres diagnosticadas con cáncer de cervix en tres grupos: 1) pacientes sin dolor, 2) pacientes con dolor que no recibían analgésicos, y 3) pacientes con dolor que sí recibían tratamiento con analgésicos. Los resultados mostraron una menor puntuación en extraversión así como una mayor puntuación en neuroticismo en el grupo de pacientes con dolor que no recibían tratamiento con analgésicos, concluyendo los autores que la presencia o ausencia de dolor en las pacientes con cáncer de cervix se hallaba en relación con el neuroticismo, y que las quejas o la demanda de analgésicos se encontraban más relacionadas con la introversión-extraversión.

Al explorar las relaciones entre variables de personalidad y *distress* psicológico en pacientes con cáncer, Morasso et al<sup>(19)</sup> hallaron una relación positiva en-

tre el grado de *distress* psicológico y el neuroticismo, así como una asociación negativa del mismo con la extraversión. Los autores consideran que las altas puntuaciones en neuroticismo reflejan un pobre ajuste al estrés que supone el diagnóstico de cáncer, mientras que los bajos niveles de *distress* psicológico de los pacientes con alta extraversión podrían ser debidos a las relaciones interpersonales que mantienen estos pacientes.

Más recientemente, Phillips y Gatchel<sup>(20)</sup> realizan un estudio de revisión en el que indican que los trabajos revisados que relacionan introversión-extraversión con dolor concluyen que los introvertidos tienden a presentar un umbral de dolor y de tolerancia menor, por lo que ante un estímulo de igual intensidad perciben más dolor que los extravertidos. Además, según los autores, los introvertidos también tienden a percibir mayores molestias ante los procedimientos para el tratamiento del dolor y requieren un mayor grado de analgesia.

Por otro lado, Ramirez-Maestre et al<sup>(21)</sup> desarrollaron un estudio en el que se centraron en el análisis de las relaciones entre neuroticismo, extraversión y estrategias de afrontamiento, hallando una asociación entre el neuroticismo y el empleo de estrategias de afrontamiento pasivas y la intensidad del dolor, así como de la extraversión con el uso de estrategias de afrontamiento activas y una menor intensidad del mismo.

### **Locus de control y dolor oncológico**

Rotter<sup>(22)</sup>, empleó el constructo de locus de control para hacer referencia a las diferencias individuales en el proceso de aprendizaje de las personas, y según su teoría, una puntuación baja es indicativa de que la persona consi-

dera que posee "control" sobre su vida ("control interno"), mientras que una puntuación elevada supone que la persona considera que su vida se encuentra controlada principalmente por factores externos (azar, suerte o acciones de otras personas), considerándose que los sujetos que creen que el refuerzo es contingente a su propia conducta (control interno) se encuentran mejor ajustadas que las que consideran los refuerzos provenientes del destino, la suerte o las acciones de otras personas (control externo).

La concepción inicial de este autor respecto al locus de control lo considera como un rasgo estable de personalidad, sin embargo, autores que han realizado investigaciones posteriores plantean que en el ámbito del dolor, el locus de control puede alterarse mediante la intervención multidisciplinar, cuyo objetivo se dirige hacia el incremento del locus de control interno<sup>(23)</sup>, teniendo en consideración que cuando los pacientes manifiestan una atribución fatalista sobre el control de su dolor, también manifiestan puntuaciones más elevadas en dolor, menor capacidad para emplear estrategias de afrontamiento de auto-control y un peor ajuste psicológico frente a pacientes que no realizan dicha atribución fatalista<sup>(24,25)</sup>.

### **Variables psicosociales: el papel del *distress* psicológico, la ansiedad, la depresión, el apoyo social y las estrategias de afrontamiento**

Tal y como evidenciaron Zaza y Baine<sup>(26)</sup> en su estudio de revisión, existe una relación entre las variables psicosociales y el dolor en el paciente oncológico. Concretamente, se centraron en el análisis de estudios sobre *distress* psicológico, apoyo social y afrontamiento, extrayendo las siguientes conclusiones: 1)

La literatura científica revisada muestra la existencia de una fuerte asociación entre el dolor y el *distress* psicológico, de modo que altos niveles de *distress* se relacionan con elevados niveles de dolor, hallándose diferencias significativas entre pacientes oncológicos con y sin dolor a este respecto; 2) Del mismo modo, la literatura científica también muestra una relación entre apoyo social y dolor; 3) En relación al afrontamiento, no se extraen resultados concluyentes.

#### a) *Distress* psicológico

El dolor en el paciente oncológico es considerado, como exponen Lancee et al<sup>(27)</sup>, una de las variables que explica mayor porcentaje de varianza de modo individual respecto al *distress* psicológico.

Diversos estudios de investigación<sup>(8,28-31)</sup>, hallan asociaciones significativas entre ansiedad y depresión y dolor en pacientes oncológicos, al igual que ocurre con patologías no oncológicas, siendo la hostilidad y la somatización<sup>(31)</sup>, así como el miedo al futuro, el miedo a la progresión o al mal control del síntoma<sup>(32)</sup>, otras de las variables que frecuentemente se han hallado relacionadas con el *distress* psicológico de este tipo de pacientes.

#### b) Ansiedad y depresión

Tras la valoración de un grupo de pacientes diagnosticados con cáncer de próstata, Heim y Oei<sup>(33)</sup>, hallaron diferencias significativas tanto en ansiedad como en depresión al comparar a los pacientes que manifestaban dolor con los que no lo hacían. En esta línea de investigación, Glajchen et al<sup>(34)</sup> también obtienen diferencias significativas al comparar grupos de pacientes con y sin dolor, siendo más elevadas las puntuaciones en depresión, confusión y en

el estado de ánimo general en el grupo de pacientes afectados de dolor. Del mismo modo, Miaskowski y Dibble<sup>(35)</sup>, al comparar una muestra de pacientes oncológicos con y sin dolor, hallaron diferencias significativas, manifestando el grupo con dolor mayores puntuaciones en depresión e irascibilidad, así como una peor percepción de bienestar psicosocial.

Glover et al<sup>(36)</sup>, destacan la influencia del dolor irruptivo no controlado como variable relacionada con peor estado emocional general, lo que conlleva una mayor puntuación en depresión, irascibilidad, fatiga y confusión.

Por su parte, al analizar las diferencias significativas entre pacientes oncológicos con dolor de alta y baja intensidad, Spiegel et al<sup>(37)</sup>, concluyen que la prevalencia de la depresión, ansiedad y afectación emocional general es más elevada en aquellos pacientes que manifiestan un dolor más intenso. No obstante, los investigadores indican que la mayor prevalencia de sintomatología emocional no puede atribuirse a las características psicopatológicas previas de los sujetos, dado que el índice de trastornos depresivos previos a la aparición del dolor fue mayor en el grupo de pacientes con intensidad baja de dolor.

Recientemente, Wasan et al<sup>(38)</sup>, indican que pese a que los trastornos neuropsiquiátricos son comunes en pacientes oncológicos con y sin dolor, es más frecuente que aparezcan en aquellos afectados de dolor, siendo las patologías más habituales el delirio y los trastornos de depresión y ansiedad, las cuales podrían ser exacerbadas por un tratamiento inadecuado del dolor en estos pacientes.

Este tipo de resultados permiten concluir de un modo general que los pacientes oncológicos con dolor presentan niveles de ansiedad y depresión

más elevados que aquellos que no lo tienen.

### c) Apoyo social

En general, elevados niveles de dolor se asocian con una disminución del funcionamiento social, con una pérdida de apoyo social, lo cual puede estar mediatizado por la percepción de estrés diario, pudiendo considerarse el dolor como un estresor vital relevante que se relaciona con el apoyo social percibido<sup>(39)</sup>.

Son varias las investigaciones que han hallado un nivel de actividad social más limitado en los grupos de pacientes con un dolor más intenso<sup>(29,40,41)</sup>.

Concretamente, Kelsen et al<sup>(30)</sup> encontraron una relación estadística entre la intensidad del dolor y el apoyo social percibido en un grupo de pacientes diagnosticados con cáncer de páncreas. Del mismo modo, Ferrell et al.<sup>(42)</sup>, en una muestra de pacientes con cáncer de mama, hallan relaciones significativas entre dolor y bienestar social percibido. En una muestra también formada por pacientes con cáncer de mama, Rumans et al<sup>(8)</sup> hallaron relaciones entre el funcionamiento social y la frecuencia e intensidad del dolor e interferencia con la capacidad funcional general.

Además, pese a que Spiegel et al<sup>(43)</sup> no hallan diferencias significativas en cuanto al apoyo social percibido entre pacientes con alta y baja intensidad del dolor, sí las encuentran respecto a la actitud familiar hacia el paciente, de modo que se muestra un mayor apoyo y cohesión en el grupo de pacientes con una intensidad del dolor menor.

### d) Estrategias de afrontamiento

Basándonos en la teoría cognitiva de la emoción de Folkman y Lazarus<sup>(44)</sup>, tan-

to la cualidad como la intensidad de una emoción depende de la propia valoración que el individuo realice, actuando el afrontamiento como mediador de la emoción. La valoración cognitiva consiste en un proceso de evaluación que determina por qué y hasta qué punto una relación determinada, o una serie de relaciones, entre el sujeto y el entorno resultan estresantes<sup>(45)</sup>, siendo este concepto crucial en este enfoque, puesto que en última instancia, no existen eventos estresantes universales, salvo que el individuo los valore como tales.

Pese a que son pocos los estudios que se centran en la relación entre el afrontamiento y el dolor en el paciente oncológico, en general, se ha encontrado una relación entre el empleo de estrategias de afrontamiento activas y una mejor adaptación al dolor crónico oncológico<sup>(46)</sup>.

En una muestra de pacientes con cáncer de pulmón, Wilkie y Keefe<sup>(47)</sup> hallaron relaciones entre la intensidad del dolor y la capacidad general para controlar y aliviar la intensidad del mismo, mientras que Lin<sup>(48)</sup>, además de encontrar relaciones entre el afrontamiento cognitivo y el nivel de interferencia del dolor en pacientes con dolor crónico oncológico, establece asociaciones significativas entre el empleo de la reinterpretación de las sensaciones del dolor como estrategia de afrontamiento, y el control del dolor de mayor intensidad. Gaston-Johanson et al<sup>(49)</sup>, en una muestra de pacientes con cáncer de mama, encuentran relaciones entre afrontamiento cognitivo y nivel de interferencia del dolor.

El catastrofismo, aunque no constituye una estrategia de afrontamiento en sí misma debido a que se refiere a las valoraciones que realizan los pacientes sobre su capacidad de afrontamiento más que a sus intentos reales o la puesta

en práctica de los mismos<sup>(50-53)</sup>, ha sido una de las estrategias más relacionadas con una pobre adaptación al dolor crónico<sup>(54)</sup>, haciendo referencia al uso excesivo y exagerado de autoafirmaciones de tipo negativo.

Las investigaciones realizadas con pacientes con dolor oncológico, hallan una relación entre el catastrofismo y la intensidad del dolor y mayor uso de analgésicos<sup>(55)</sup>, mayor interferencia del dolor en la vida del paciente y mayor intensidad del dolor<sup>(48)</sup>, así como con la dimensión evaluativo del dolor, haciendo de esta experiencia algo más amenazante<sup>(47)</sup>.

## MODELOS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN DOLOR ONCOLÓGICO

Los protocolos de intervención evaluados mediante estudios randomizados y grupo control que recoge la literatura revisada son los siguientes:

### Modelos Psico-educativos

Estos modelos, que como se expone a continuación han mostrado su eficacia en la intervención con pacientes oncológicos con dolor, se basan en el aumento del conocimiento mediante la información acerca del dolor, la medicación, sus mecanismos de acción, etc. con el objetivo de que los pacientes mejoren el control de su dolor.

En una muestra de 230 pacientes diagnosticados con diversos tipos de cáncer, Rimer et al.<sup>(56)</sup> evaluaron el efecto de un programa educativo consistente en una sesión individual de 15 minutos de duración durante la cual se debatió acerca un material escrito respecto al dolor y sus tratamientos, realizándose una evaluación de los pacientes tras el transcurso de un mes. Respecto al grupo control, se observó un incremento en

el conocimiento de una ingesta correcta de la medicación (momento, dosis, etc.) indicada para el tratamiento del dolor, así como una disminución en cuanto al miedo a la tolerancia o a la adicción, lo que resultó en un seguimiento más adecuado de los tratamientos y un mejor control del dolor en el grupo de pacientes que había recibido el programa educativo.

En esta línea de investigación, Ferrell et al.<sup>(57)</sup> realizaron un estudio en el que analizaron una muestra de pacientes con distintos diagnósticos de cáncer así como a sus familiares o cuidadores primarios. El objetivo consistió en examinar la efectividad de un modelo de intervención mediante el cual se mantenían tres sesiones individuales con los pacientes y otras tres sesiones con el cuidador primario. Durante las sesiones, tanto con pacientes como con cuidadores primarios, se discutieron cuestiones acerca del dolor, sus componentes físicos, emocionales y los tratamientos de la enfermedad y el dolor a través de materiales auditivos, verbales y escritos. Los resultados mostraron un incremento en cuanto al conocimiento en el uso de los medicamentos, tanto de la enfermedad como del dolor en el grupo de pacientes incluidos en el programa de intervención en comparación con el control, produciéndose, además de una disminución en la intensidad del dolor y en la gravedad percibida del mismo, una reducción de los niveles de ansiedad y miedo a la adicción así como un mejor descanso nocturno. En cuanto a los cuidadores primarios, se facilitó el control adecuado de la medicación y en las dosis correctas, y disminuyó el miedo a la adicción del paciente o de la depresión respiratoria.

Wit et al.<sup>(58)</sup> desarrollaron un programa de intervención consistente en una sesión individual (con estructura y con-

tenido similar a la del estudio de Ferrell et al.) y dos contactos telefónicos, realizando una comparación entre un grupo de pacientes con atención domiciliaria de la enfermería y otro grupo sin este tipo de atención. Los resultados mostraron la efectividad del programa, puesto que se observó un incremento del conocimiento así como una actitud más receptiva a la ingesta de medicamentos, y una disminución del miedo a la adicción y un mejor control de la intensidad del dolor en el grupo que no tenía atención domiciliaria, lo que hizo pensar a los autores que los pacientes con este tipo de atención tenían un problema de dolor más complejo y que el aumento de conocimiento proporcionado por el modelo psico-educativo empleado no es la única variable responsable del control de la intensidad del dolor, planteando la necesidad de modelos de intervención psicológica más intervencionista, como la psicoterapia de apoyo o la intervención cognitivo-conductual.

Recientemente, Lai et al.<sup>(59)</sup>, en una muestra de pacientes oncológicos hospitalizados, evaluaron la eficacia de un programa educativo de 15 días de duración estructurado en sesiones de 10-15 minutos. Los resultados mostraron una menor intensidad del dolor, así como una disminución en las creencias negativas respecto al uso de opioides y una menor incidencia de creencias catastrofistas y de pérdida de control en el grupo experimental comparado con el de control.

### **Psicoterapia de Apoyo**

Mediante este tipo de terapia, que puede desarrollarse de modo individual o en sesiones de grupo, se pretende que el paciente consiga alcanzar una integración de la experiencia vivida con la enfermedad y su sintomatología, para

lo cual se favorece la expresión emocional.

El único estudio randomizado con grupo control relacionado con este tipo de intervención hallado en la literatura revisada, fue realizado por Spiegel et al.<sup>(37)</sup>. Los autores llevaron a cabo, en una muestra de pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, un programa de 52 sesiones en grupo, con frecuencia semanal y una duración de 90 minutos. Durante las sesiones, se exploraron cuestiones existenciales y prácticas de la vida diaria relacionadas con el hecho de vivir con una enfermedad oncológica, y se trató el miedo a la muerte y el proceso de morir, el ajuste familiar, así como la relación con los profesionales de la salud. Los resultados obtenidos tras un año de seguimiento mostraron una disminución de la ansiedad, la fatiga, la confusión, las fobias y un mejor control de conductas desadaptativas (fumar, sobrealimentación, consumo de alcohol, etc.) en el grupo experimental, no hallándose una mejoría en cuanto a la intensidad del dolor, pese a que fue menor que el valorado por el grupo control.

### **Modelo cognitivo-conductual**

Estos modelos se focalizan fundamentalmente en el alivio de los síntomas a través de la corrección de pensamientos negativos y/o actitudes negativas, para lo cual se hace uso de diversas técnicas. En general, los estudios apoyan la intervención a partir de estos modelos para el tratamiento del dolor por encima de los modelos psico-educativos, siendo la relajación una de las técnicas más empleadas.

Sloman et al.<sup>(60)</sup> analizaron la eficacia de un programa de relajación muscular progresiva e imaginación guiada desarrollado en 4 sesiones durante 8 semanas en una muestra de pacientes con



diversos diagnósticos oncológicos. El grupo experimental, comparado con el de control, mostró un mejor control significativo de la intensidad del dolor, así como un menor empleo de medicación de rescate.

En una muestra de pacientes con leucemia hospitalizados para un trasplante de médula, Syrjala et al.<sup>(61)</sup> compararon 4 formas de intervención: 1) siguiendo el tratamiento médico habitual sin intervención psicológica; 2) apoyo del terapeuta desde un modelo psico-educativo; 3) relajación e imaginación; 4) aplicación de un programa cognitivo-conductual (incluía enseñanza de técnicas de relajación, aprendizaje de estrategias de afrontamiento como la distracción, la autoafirmación y la resolución de problemas). Los resultados mostraron la eficacia diferencial de las técnicas intervencionistas, consiguiendo un mayor alivio del dolor tanto el grupo de relajación e imaginación como el que recibió el programa cognitivo-conductual.

### **Manejo del Dolor en el Paciente Oncológico Guiado por el Familiar (*Partner-Guided Cancer Pain Management*)**

Dada la importancia cada vez más reconocida del cuidador primario y de su implicación en los programas de tratamiento del paciente oncológico<sup>(62-65)</sup>, Keefe et al.<sup>(66)</sup> proponen una intervención que centra su atención en el familiar o cuidador primario, el cual consiste en una intervención breve desarrollada en 3 sesiones de 45-50 minutos cada una que se llevan a cabo en un período de 15 días. Por su estructura, está diseñado para realizarse en el domicilio del paciente, siendo dirigido por un profesional de la salud con formación en el manejo y tratamiento del dolor y en el entrenamiento de habilidades o estrategias de afrontamiento.

El programa consta de 3 objetivos fundamentales:

1. Educar al paciente y al cuidador primario sobre el dolor y su manejo o control.
2. Enseñar al paciente y al cuidador primario diversas estrategias de afrontamiento.
3. Enseñar al cuidador primario el modo de ayudar al paciente a adquirir o mantener dichas estrategias de afrontamiento.

En la *primera sesión* se introduce el programa como una manera de ayudar al cuidador primario y al paciente en el manejo o control del dolor, marcándose además los objetivos del programa. En esta sesión el profesional proporciona una visión general del programa de entrenamiento y de las estrategias a seguir, y proporciona la posibilidad de resolver dudas tanto del paciente como del cuidador. Para generar este trabajo inicial, los autores utilizan material audiovisual y escrito que proporciona una información básica sobre la definición de dolor, las limitaciones o dificultades para el control del mismo, los tipos de tratamiento utilizados, los posibles efectos secundarios, etc., así como la manera de poder contactar con los profesionales de la salud.

En la *segunda sesión* se instruye al paciente y al cuidador primario en técnicas de relajación y en la utilización de técnicas de distracción e imaginación como estrategias facilitadoras del control del dolor.

En la *tercera sesión* se instruye tanto al paciente como al cuidador primario en el manejo del ciclo actividad-descanso del paciente para facilitar el control del dolor mediante el manejo del nivel de actividad. En este sentido se ayuda a los pacientes a identificar las actividades diarias que toleran peor (como mantener una postura de manera prolongada,

o actividades concretas como el aseo personal, o la comida, etc.) y se les enseña a desarrollar dichas actividades problemáticas en períodos de tiempo regulados por el ciclo actividad-descanso.

Tanto durante la segunda como en la tercera sesión se utiliza un método de ensayo de conductas para enseñar al paciente y al cuidador primario cuales son en su caso las estrategias de afrontamiento más adecuadas o más útiles. Esta metodología de ensayo y error sigue tres pasos:

1. El terapeuta guía al paciente y al cuidador primario en el manejo de una estrategia de afrontamiento concreta (como puede ser utilizar la imaginación) y se revisa cuál es el resultado y la reacción de ambos.
2. Se incita al cuidador primario a convertirse en un entrenador del paciente, guiándole y motivándole en la utilización de dichas estrategias de afrontamiento.
3. El terapeuta proporciona feedback tanto al paciente como al cuidador primario sobre la habilidad de este último como entrenador y de las respuestas del paciente.

Al finalizar la tercera sesión, se revisan aquellas estrategias de afrontamiento que tanto el paciente como el cuidador primario han considerado más útiles, y se proporciona un plan para el mantenimiento en el uso continuo de las mismas, y para afrontar problemas que pueden surgir en un futuro cercano. Se identifican los obstáculos que esperan tanto el paciente como el cuidador primario y el terapeuta los dirige, para su manejo, al material escrito y audiovisual que se proporciona.

## CONCLUSIONES

Desde el modelo biopsicosocial<sup>(67)</sup>, se considera necesario un abordaje in-

tegral de los pacientes que incluye tanto la atención de las necesidades físicas como de las psicológicas por parte de un equipo multidisciplinar, formado por profesionales de distintas áreas de la Salud que aportan un abordaje técnico diferente pero complementario.

En el caso de pacientes oncológicos, quienes frecuentemente se hallan afectados de dolor por diversas causas, resulta evidente la necesidad de este tipo de intervención, ya que dada la multidimensionalidad del dolor, se ven afectadas diversas áreas de la vida del paciente, lo cual a su vez conlleva una repercusión en su calidad de vida. Por estos motivos, la intervención dirigida a los pacientes oncológicos con dolor, debería incluir recursos que se han generado desde la psicología y han mostrado su eficacia y utilidad para proporcionar al paciente herramientas que le ayuden en el manejo de la sintomatología algíca.

En este sentido, la intervención psicológica no debe entenderse como una intervención alternativa cuando otras terapias fallan, sino como una terapia complementaria que facilita y complementa el efecto positivo de otras terapias. Cualquier intervención psicológica debe estar encuadrada en el tratamiento multidisciplinar del dolor en el paciente oncológico, siendo uno de los aspectos a incluir dentro de ese plan de actuación. Por eso, como indica Vallejo<sup>(68)</sup> resulta necesario delimitar con toda claridad la patología orgánica asociada al dolor, y este estudio debe hacerse por especialistas médicos. Además, teniendo en cuenta que la etiología del dolor puede ser diversa, y que esta información nos va a ser de gran utilidad, la comunicación con los especialistas debe ser fluida y continuada, puesto que desde ese punto de vista multidisciplinar antes mencionado, las decisiones tera-

péuticas deben ser consensuadas por todo el equipo.

El objetivo fundamental de la intervención psicológica es el control del dolor por parte del que lo sufre, y en ese sentido es fundamental que se desarrollen protocolos de actuación de aplicación al inicio de la enfermedad que permitan, en la medida de lo posible, su prevención. Si esto es evidente desde el punto de vista médico, también es cierto para las técnicas psicológicas que pueden ser aplicadas.

Dentro de los programas de intervención, en general, las estrategias que más apoyo científico han conseguido por su eficacia respecto al alivio del dolor, son las que parten desde una perspectiva cognitivo-conductual, fundamentalmente aquellos programas multicomponente, sobre todo cuando se evalúa su eficacia a medio, largo plazo<sup>(69)</sup>.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Melzack R, Loeser JD. Phantom body pain in paraplegics: evidence for a central "pattern generating mechanism" for pain. *Pain* 1978; 4:195-210.
- Shimm DS, Loge GL, Maltbie AA, Dugan S. Medical management of chronic cancer pain. *JAMA* 1979; 241: 2408-12.
- Meuser T, Pietruck C, Radbruch L, Stutte P, Lehmann KA, Grond S. Symptoms during cancer pain treatment following WHO guidelines: A longitudinal follow-up study of symptom prevalence, severity and etiology. *Pain* 2001; 93: 247-57.
- Bonica, J.J. Cancer Pain. En: Bonica JJ editor. *The management of Pain*, 2ª ed, Philadelphia: Lea & Febiger, 1990; p. 400-60.
- Twycross RG, Lack SA. Symptom control in far advanced cancer: pain relief. London: Pitman, 1983; p. 6.
- Caraceni A, Portenoy RK, Working Group of the IASP Task Force on Cancer Pain. An international survey of cancer pain characteristics and syndromes. *Pain* 1999; 82: 263-74.
- Quero RM, Fernández A, Gálvez R. Alteraciones psicológicas, problemas psicosociales y características del dolor en una muestra de pacientes con cancer avanzado y dolor crónico. *Rev Soc Esp Dolor* 1998; 5:8-16.
- Rummans TA, Frost M, Suman VJ, Taylor M, Novotny P, Gendron T, et al. Quality of life and pain in patients with recurrent breast and gynecologic cancer. *Psychosomatics* 1998; 39: 437-45.
- Breitbart W. Cancer pain and suicide. En: Foley KM, Bonica JJ, Ventafridda V, editores. *Advances in pain research and therapy*, Second International Congress on Cancer Pain. Vol 16. New York: Raven; 1990. p. 399
- O'Mahoney S, Goulet J, Kornblith A, Abbatiello G, Clarke B, Kless-Siegel S, Breitbart W, Payne R. Desire for hastened death, cancer pain and depression: report of a longitudinal observational study. *J Pain Symptom Manage* 2005; 29: 446-57.
- Herndon JE, Fleishman S, Kornblith AB, et al. Is quality of life predictive of the survival of patients with advanced non-small cell lung carcinoma? *Cancer* 1999; 85: 333-40.
- Page GC, Ben-Eliyahu S. The immune-suppressive nature of pain. *Semin Oncol Nurs* 1997; 13:10-5.
- Gil FL. El modelo de interconsulta en Psico-oncología: Evaluación e Intervención. En: Gil FL, editor. *Manual de Psico-oncología*. Novasidonia: Madrid, 2000. p. 1-13.
- Bonica JJ. Cancer pain: a major national health problem. *Cancer Nursing* 1978; 4: 313-6.
- Bonica JJ. Psychologic and emotional aspects of cancer pain. En: Bonica JJ, Ventafrida V, editors. *Advances in pain research and therapy 2*. Proceedings of the International Symposium on Pain

- of Advanced Cancer. New York: Raven Press 1979. p. 115-30.
16. Eysenck HJ. Structure of human personality. New York: Wiley, 1960.
  17. Bond MR. Psychologic and emotional aspects of cancer pain. En: Bonica JJ, Ventafrida V, editors. Advances in pain research and therapy 1. Proeedings of the International Symposium on Pain of Advanced Cancer. New York: Raven Press. 1979. p. 81-8.
  18. Bond MR, Pearson IB. Psychological aspects of pain in women with advanced cancer of the cervix. *J Psychosom Res* 1969; 13:13-9.
  19. Morasso G, Costantini M, Baracco G, Borreani C, Capelli A. Assessing psychological distress in cancer patients: validation of a self-administered questionnaire. *Oncology* 1996; 53: 295-302.
  20. Philips JM, Gatchel RJ. Extroversion-introversion and chronic pain. En: Gatchel RJ, Weisberg JN, editores. Personality characteristics of Patients with chronic pain. Washington, DC: American Psychological Association Press, 2000. p. 181-202.
  21. Ramirez-Maestre C, López-Martinez AE, Zarazaga RE. Personality characteristics as differential variables of the pain experience. *J Behav Med* 2004; 27:147-65.
  22. Rotter J. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychol Monogr* 1966; 80: 609.
  23. Lipchik G, Milles K, Covington E. Effects of multidisciplinary pain management treatment on locus of control and pain beliefs in chronic non-terminal pain. *Clin J Pain* 1993; 9: 49-57.
  24. Toomey TC, Lunden TF, Mann ID, Abashians S. The pain locus of control scale: a comparison of chronic pain patients and normals. *Pain* 1991; 45: 129-33.
  25. Toomey T, Seville J, Mann J. Pain Locus of Control scale: relationship to pain description, self-control skills and psychological symptoms. *Pain Clinic* 1995; 8: 315-22.
  26. Zaza C, Baine N. Cancer Pain and Psychosocial Factors: A critical review of the Literature. *J Pain Symptom Manage* 2002; 5: 526-42.
  27. Lancee WJ, Vachon MLS, Ghadirian P, Adair W, Conway B, Dryer D. The impact of pain and impaired role performance on distress in persons with cancer. *Can J Psychiatry* 1994; 39: 617-22.
  28. Kane RL, Berstein L, Wales J, Rothenberg R. Hospice effectiveness in controlling pain. *JAMA* 1985; 252:2683-6.
  29. Strang P, Qvarner H. Cancer-related pain and its influence on quality of life. *Anti-cancer Res* 1990; 10:109-12.
  30. Kelsen DP, Portenoy RK, Thaler HT, Niedzwiecki D, Passik SD, Tao Y, et al. Pain and Depression in patients with newly diagnosed pancreas cancer. *J Clin Oncol* 1995; 13:748-55.
  31. Zimmerman L, Story KT, Gaston-Johansson F, Rowles JR. Psychological variables and cancer pain. *Cancer Nurs* 1996; 19:44-53.
  32. Strang P. Existencial consequences of unrelieved cancer pain. *Palliat Med* 1997; 11:299-305.
  33. Heim HM, Oei T. Comparison of prostate cancer patients with and without pain. *Pain* 1993; 53: 159-62.
  34. Glajchen M, Fitzmartin RD, Blum D, Swantons R. Psychosocial barriers to cancer pain relief. *Cancer Pract* 1995; 3: 76-82.
  35. Miaskowski C, Dibble SL. The problem of pain in outpatients with breast cancer. *Oncol Nurs Forum* 1995; 22: 791-7.
  36. Glover J, Dibble SL, Dodd MF, Miaskowski C. Mood states on oncology outpatients: does pain make a difference? *J Pain Symptom Manage* 1995; 10:120-8.
  37. Spiegel D, Bloom JR, Yalom I. Group support for patients with metastatic cancer: a randomized outcome study. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38:527-33.

38. Wasan AD, Artamonov M, Nedeljkovic SS. Delirium, depression, and anxiety in the treatment of cancer pain. *Tech Reg Anesth Pain Manage* 2005; 9: 139-44.
39. Koopman C, Hermanson K, Diamond S, Angell K, Spiegel D. Social support, life stress, pain and emotional adjustment to advanced breast cancer. *Psychooncology* 1998; 7:101-11.
40. Willey C, Silliman RA. The impact of disease on the social support experiences of cancer patients. *J Psychosoc Oncol* 1990; 8:79-95.
41. Strang P. Emotional and social aspects of cancer pain. *Acta Oncol*.1992; 31: 323-26.
42. Ferrell BR, Grant MM, Funk BM, Otis-Green SA, Garcia NJ. Quality of life in breast cancer survivors: implications for developing support services. *Oncol Nurs Forum* 1998; 25: 887-95.
43. Spiegel D, Sands S, Koopman C. Pain and depression in patients with cancer. *Cancer* 1994; 74: 2570-8.
44. Folkman S, Lazarus R. If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *J Pers Soc Psychol* 1985; 48, 150-70.
45. Soriano J. Las estrategias de afrontamiento desde una perspectiva transaccional. *Bol Psicol* 1994; 44, 77-92.
46. Syrjala KL, Abrams J. Cancer Pain. En: Gatchel RJ, Turk DC, editores. *Psychosocial Factors in Pain*. New York: Guilford, 1999. p. 301-14.
47. Wilkie DJ, Keefe FL. Coping strategies of patients with lung cancer-related pain. *Clin J Pain* 1991; 7:292-9.
48. Lin CC. Comparison of the effects of perceived self-efficacy on coping with chronic cancer pain and coping with chronic low back pain. *Clin J Pain* 1998; 14: 303-10.
49. Gaston-Johansson F, Ohly KV, Fall-Dickson JM, Nanda JP, Kennedy MJ. Pain, psychological distress, health status, and coping in patients with breast cancer scheduled for autotransplantation. *Oncol Nurs Forum* 1999; 26: 1337-45.
50. Jensen M, Turner J, Romano J, Karoly P. Coping with chronic pain: a critical review of the literature. *Pain* 1991; 47, 249-83.
51. Turner J. Coping and Chronic pain. En: Bond M, Charlton J, Woolf C, editores. *Proceedings of the VIth World Congress on Pain*. Amsterdam: Elsevier, 1991.p.219-27.
52. Soriano J, Monsalve V. Valoración, Afrontamiento y Emoción en pacientes con Dolor Crónico. *Bol Psicol* 1999; 62: 43-64.
53. Soriano J, Monsalve V. El afrontamiento del dolor crónico. *Boletín de Psicología*. 2005; 84: 91-107.
54. Boothby JL, Thorn BE, Stroud MW, et al. Coping with Pain. En: Gatchel RJ, Turk DC, editors. *Psychosocial Factors in Pain*. New York: Guilford, 1999; p.342-59.
55. Jacobsen PB, Butler RW. Relation of cognitive coping and catastrophizing to acute pain and analgesic use following breast cancer surgery. *J Behav Med* 1996; 19: 17-29.
56. Rimer B, Levy MH, Keintz MK, Fox L, Engstrom PF, MacElwee N. Enhancing cancer pain control regimens through patient education. *Patient Educ Couns* 1987; 10: 267-77.
57. Ferrell BR, Grant M, Chan J, Ahn C, Ferrell B. The impact of cancer pain education on family caregivers of elderly patients. *Oncol Nurs Forum* 1995; 22: 1211-8.
58. de Wit R, van Dam F, Zandbelt L, van Buuren A, van der Heijden K, Leenhouts G, Loonstra S. A pain education program for chronic cancer pain patients: follow-up results from a randomized controlled trial. *Pain* 1997; 73:55-69.
59. Lai YH, Guo SL, Keefe FJ, Tsai SL, Chien CC, Sung YC, Chen ML. Effects of brief pain education on hospitalized cancer patients with moderate to severe pain. *Support Care Cancer* 2004; 12:645-52.

60. Sloman R, Brown P, Aldana E, Chee E. The use of relaxation for the promotion of comfort and pain relief in persons with advanced cancer. *Contemp Nurse* 1994; 3:6-12.
61. Syrjala KL, Donaldson GW, Davis MW, Kippes ME, Carr JE. Relaxation and imagery and cognitive-behavioral training reduce pain during cancer treatment: a controlled clinical trial. *Pain* 1995; 63: 189-98.
62. Ferrell BR, Cohen MZ, Rhiner M, Rozek A. Pain as a metaphor for illness. Part II: Family caregiver's management of pain. *Oncol Nurs Forum* 1991; 19:1315-21.
63. Magrum LC, Bentzen C, Landmark S. Pain management in home care. *Semin Oncol Nurs* 1996; 12: 202-18.
64. Blanchard CG, Albrecht TL, Ruckdeschel JC. The crisis of cancer: Psychological impact on family caregivers. *Oncology* 1997; 11: 189-94.
65. Robinson KD, Angeletti KA, Barg FK, Pasacreta JV, McCorkle R, Yasko JM. The development of a family caregiver cancer education program. *J Cancer Educ* 1998; 13:116-21.
66. Keefe FJ, Ahles TA, Sutton L, Dalton J, Baucom D, Pope MS, et al. Partner-Guided Cancer Pain Management at the end of life: A Preliminary Study. *J Pain Symptom Manage* 2005; 3: 263-72.
67. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196: 129-36.
68. Vallejo MA. Evaluación y Tratamiento Psicológico del dolor. *Rev Esp Ter Comport* 1983; 1: 329-77.
69. Díaz MI, Comeche MI, Vallejo MA. Guía de tratamientos psicológicos eficaces en el dolor crónico. En: Pérez M, Fernández JR, Fernández C, Amigo I, editores. *Guía de tratamientos psicológicos eficaces. Vol II*. Madrid, Pirámide, 2003; p. 123-40.