

Medicent Electrón. 2019 ene.-mar.;23(1)

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE VILLA CLARA

## CARTA AL EDITOR

### Trastornos psicológicos en pacientes oncológicos con dolor crónico

### Psychological disorders in cancer patients with chronic pain

Silvia González Arias<sup>1</sup>, Lenia Estévez Gómez<sup>2</sup>, Luis Estévez Cobo<sup>2</sup>

1. Policlínico Docente Universitario Capitán Roberto Fleites. Santa Clara, Villa Clara. Cuba.  
Correo electrónico: [ileanagd@infomed.sld.cu](mailto:ileanagd@infomed.sld.cu)
2. Hospital Universitario Dr. Celestino Hernández Robau. Santa Clara, Villa Clara. Cuba.

#### Señor Editor:

Cuatro millones de personas sufren de dolor cada día por causa del cáncer, su prevalencia oscila entre 52-82 %, con un rango de 40-50 % de moderado a intenso y de 25-30 % insoportable; aumenta con la edad llegando a 42,6 % en las personas de más de 65 años de edad. Es una de las principales manifestaciones clínicas del paciente con este tipo de padecimiento. La Organización Mundial de la Salud estima que 30 % de estos presentan dolor mientras reciben tratamiento activo, y del 60-90 % lo sufren en la etapa avanzada de la enfermedad. Cada año se diagnostican 17 millones de casos nuevos y suceden cinco millones de muertes por dicha causa.<sup>1,2</sup> Según la duración del dolor se clasifica como:

- Agudo: indica la existencia de una lesión tisular tras la activación de mecanismos nociceptivos. Se le considera «útil», ya que avisa sobre la existencia de un proceso cuyo diagnóstico se orienta por su naturaleza, extensión, duración e intensidad. Su duración por lo general, es inferior a un mes, aunque puede llegar a tres meses, con un comienzo definido y una causa reconocible. Puede acompañarse también de ansiedad; el tratamiento suele ser etiológico y de escasa dificultad.
- Crónico: constituye por sí mismo un padecimiento nosológico, su cronificación disminuye el umbral de excitación y produce modificaciones psíquicas que dan lugar a la «fijación del dolor». Es un dolor «inútil», sin valor semiológico y sin propiedades fisiológicas reparadoras; su tratamiento debe incluir tres vertientes: farmacológica, psicológica y rehabilitadora. Este tipo de dolor persiste tras un período razonable después de la resolución del proceso originario, lo que le impone al individuo, así como a su familia un grave estrés físico, psíquico o económico; es la causa más frecuente de incapacidad, y constituye un serio problema para la sociedad. Tiene una duración de tres a seis meses o superior. La causa habitualmente no se identifica, el comienzo es indefinido y no existe relación entre el estímulo y la intensidad algica. Esta variedad incluye el dolor irruptivo (exacerbaciones transitorias en forma de crisis de elevada intensidad), instauración rápida y corta duración.<sup>3,4</sup>

Existen también otros tipos de dolores pero los anteriores son los más representativos en el paciente con cáncer. En el caso del dolor crónico frecuentemente va a causar un deterioro funcional, acompañado de trastornos psicológicos, y alteraciones en el sueño. Se ha descrito que el 80 % de estos pacientes informan que el dolor interrumpe sus actividades de la vida diaria, y dos tercios indican que ha repercutido negativamente en sus relaciones personales. Por todo lo anterior se puede deducir que el dolor crónico es un problema grave tanto médico como social.<sup>5,6</sup>

Si se entiende el dolor como un proceso global y complejo, es también preciso tratarlo como un proceso sensorial (transmisión neurobioquímica o fenómeno físico); y emocional (fenómeno psíquico). El tratamiento del dolor crónico supone una atención global donde se puede dividir el tratamiento en farmacológico y no farmacológico. Sin embargo, existe la terapia multimodal, que permite el uso concomitante de diversas modalidades terapéuticas.<sup>1,4</sup>

La evaluación psicológica debe incluir información acerca de la presencia de síntomas psicológicos (ansiedad, depresión) y trastornos psiquiátricos (ideación suicida), historia de hábitos y comportamientos adictivos; esto último es una de las causas de gran preocupación en el tratamiento con mórficos del dolor crónico no oncológico. En dependencia de la clínica observada el paciente necesitará un seguimiento psicológico o psiquiátrico. Muchos de los que acuden con dolor crónico a los Cuerpos de Guardia ya siguen previamente un control y tratamiento farmacológico por psiquiatras; sin embargo, el tratamiento psicológico para la aceptación de su situación es fundamental dado la influencia que tiene el estado emocional y mental sobre el dolor.

No se puede olvidar que el paciente oncológico precisará en algunas ocasiones de una valoración psicológica más profunda a través del estudio no solo de la dimensión física o biológica sino también de la emocional, de sus actitudes y de su respuesta cognitiva frente al dolor. El objetivo de la valoración psicológica sería determinar en qué medida los factores afectivos, cognitivos y conductuales contribuyen a la percepción y al registro del dolor.<sup>6</sup>

En el caso de pacientes oncológicos, quienes frecuentemente se hallan afectados de dolor por diversas causas, resulta evidente la necesidad de algún tipo de intervención, ya que dada la multidimensionalidad del dolor, se ven afectadas diversas áreas, lo cual a su vez conlleva una repercusión en su calidad de vida. Esta 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 tratamiento de la sintomatología álgica.<sup>7</sup>

En el caso específico de las instituciones de salud, la intervención psicológica no debe entenderse como una cuestión alternativa cuando otras terapias resultan ineficientes, sino como un elemento complementario que facilita y complementa el efecto positivo de otras terapias. Los pacientes oncológicos con dolor crónico, que son atendidos en Villa Clara, han contado con un tratamiento multidisciplinario, donde el factor psicológico es uno de los elementos más importantes de este equipo de trabajo, con experiencias muy positivas y loables en el Hospital «Dr. Celestino Hernández Robau». Las experiencias que han conseguido más eficacia son las que parten desde la perspectiva cognitivo-conductual, fundamentalmente en programas multidisciplinarios, cuando se evalúa su validez a medio y largo plazo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dagnino Sepúlveda J. Definiciones y clasificaciones del dolor. *ARS MÉDICA Rev Cienc Méd.* 2018;23(3):3-6.
2. Torralba A, Miquel A, Darba J. Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa "Pain Proposal". *Rev Soc Esp Dolor [internet]*. ene.-feb. 2014 [citado 21 jul. 2017];21(1):[aprox. 7 p.]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462014000100003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462014000100003&lng=es)
3. Vinaccia S, Quiceno JM, Fernández H, Contreras F, Bedoya M, Tobón S, *et. al.* Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. *Psicol Salud.* 2014;15(2):207-21.
4. Terol-Cantero MC, Cabrera-Perona V, Martín-Aragón M. Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en muestras españolas. *An Psicol [internet]*. mayo 2015 [citado 21 jul. 2017];31(2):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.31.2.172701/175261>

5. Vásquez-Dextre ER. Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. Rev Neuropsiquiatr [internet]. ene. 2016 [citado 21 jul. 2017];79(1):[aprox. 10 p.]. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-85972016000100006&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972016000100006&lng=es)
6. Gutiérrez JB. Valoración y análisis de las estrategias de afrontamiento de los enfermos oncológicos con dolor crónico. Rev Enferm CyL. 2014;6(2):74-92.
7. Monsalve V, Gómez-Carretero P, Soriano J. Intervención psicológica en dolor oncológico: un estudio de revisión. Psicooncología. 2006;3(1):139-52.

Recibido: 20 de septiembre de 2018

Aprobado: 3 de noviembre de 2018

*Silvia González Arias*. Policlínico Docente Universitario Capitán Roberto Fleites. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: [ileanagd@infomed.sld.cu](mailto:ileanagd@infomed.sld.cu)