

Factores psicosociales asociados con la intensidad de dolor por cáncer: una revisión narrativa

Psychosocial factors associated with cancer pain: A narrative review

Luis Alberto Mendoza-Contreras^{1,3}, Benjamín Domínguez-Trejo¹,
David Alberto Rodríguez-Medina² y Óscar Galindo-Vázquez³

Universidad Nacional Autónoma de México¹
Universidad Autónoma Metropolitana²
Instituto Nacional de Cancerología³

Autor para correspondencia: Luis Alberto Mendoza-Contreras, psicoluis90@gmail.com.

RESUMEN

El dolor es un importante problema de salud pública y uno de los síntomas más comunes en los pacientes con cáncer. Identificar los factores psicosociales relacionados con el dolor que genera esta enfermedad permitiría desarrollar tratamientos multidisciplinarios específicos con los que mitigar su impacto y así contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes. *Objetivo:* Efectuar una búsqueda de la literatura de variables psicosociales relacionadas con dolor por cáncer. *Método:* Se llevó a cabo una búsqueda en las bases de datos Pubmed y PsycINFO de la literatura publicada entre los años 2016 y 2021 mediante la estrategia PICO. *Resultados:* Se revisaron en texto completo 22 estudios que cumplieron los criterios de inclusión. La intensidad de dolor es un predictor de calidad de vida y de sus diversas dimensiones y de la inferencia de dolor, esto es, grado en que interfiere con varios aspectos de la vida diaria. Los pacientes con síntomas de ansiedad y depresión tienen mayor probabilidad de sufrir una mayor intensidad del dolor, la que a su vez está relacionada con una salud autoevaluada más pobre, un menor apoyo social y un mayor sufrimiento y catastrofización del dolor. *Conclusión:* La identificación de las variables psicosociales asociadas con el dolor oncológico supone el establecimiento de objetivos de intervención para futuras investigaciones en el tratamiento no farmacológico para modular la percepción de dolor y mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer en México.

Palabras clave: Dolor crónico; Dolor por cáncer; Cáncer; Variables psicosociales; Instrumentos de autorreporte; Revisión.

ABSTRACT

Pain is a relevant public health problem and is one of the most common symptoms in cancer patients. Identifying psychosocial factors related to cancer pain would allow the development of specific multidisciplinary treatments to mitigate the impact of pain and help improve the patients'

¹ Facultad de Psicología, Av. Universidad 3004, Col. Copilco-Universidad, Coyoacán, 04515 Ciudad de México, México.

² Licenciatura en Psicología, Unidad Universitaria Xochimilco, Calz. del Hueso 1100, Coapa, Villa Quietud, Coyoacán, 04960 Ciudad de México, México.

³ Av. San Fernando 22, Belisario Domínguez Secc. 16, Tlalpan, 14080 Ciudad de México, México.



quality of life. Objective: To analyze a literature search of psychosocial variables related to cancer pain. Method: A literature search was conducted on publications made between 2016 and 2021 using the PICO strategy within the Pubmed and PsycINFO databases. We revised 22 studies that met the inclusion criteria in full text. Results: Pain intensity is a predictor of quality of life (and its various dimensions) and interferes with various key aspects of daily life. Patients with symptoms of anxiety and depression are more likely to report greater intensity of pain. Likewise, greater intensity of pain relates to lower self-rated health, less social support, more suffering, and greater pain catastrophizing. Conclusion: The identification of psychosocial variables associated with cancer pain requires the establishment of intervention objectives for future research including non-pharmacological treatment for the modulation of pain perception and the improvement in the quality of life of cancer patients in Mexico.

Key words: Chronic pain; Cancer pain; Cancer; Psychosocial variables; Self-report instruments; Bibliographic review.

Enviado: 29/07/2022

Aceptado: 19/09/2023

Debido a su aumento en los últimos años y a los altos niveles de mortalidad e incapacidad, el cáncer se ha convertido en un importante problema en el mundo. Durante el año 2020 se registró en el mundo un total de 19.3 millones de casos nuevos; en México, 195,499 casos y 90,222 muertes por la misma causa (International Agency for Research on Cancer, 2020a, 2020b).

El dolor es uno de los síntomas más comunes en los pacientes con esta enfermedad. Se estima una prevalencia de 20 a 50%, que aumenta hasta 90% en pacientes con enfermedad avanzada (Parás *et al.*, 2018); además, 55% de quienes reportan dolor lo experimentan con una intensidad de moderada a severa (Bennett *et al.*, 2019).

El término “dolor por cáncer” no es sinónimo de dolor en un paciente o sobreviviente con cáncer ya que la causa de dolor puede ser diferente a la neoplasia, como por ejemplo osteoartritis, neuropatía diabética o diversas enfermedades

comórbidas. El dolor por cáncer puede originarse por dos razones: el mismo cáncer o su metástasis y el tratamiento contra el cáncer (Bennett *et al.*, 2019).

En un trabajo de investigación realizado por Expósito *et al.*, (2019) en 22 participantes por medio de la metodología Delphi, se reportó que los factores de riesgo de cronificación del dolor oncológico más importantes, a juicio de los expertos, fueron, a saber: 1) el proceso oncológico, la progresión o infiltración de la enfermedad (100%); 2) el dolor mal controlado (100%); 3) la neurotoxicidad o lesión del sistema nervioso (82%); 4) la intensidad del dolor (77%), y 5) los factores psicológicos, entre los que destacan la ansiedad (95%), la depresión (91%) y la catastrofización (86%). A su vez, los posibles factores protectores potenciales fueron el soporte familiar, social y profesional (43%) y una analgesia eficaz y adecuada (36%).

Se han reportado relaciones entre dolor y diversas variables psicosociales, como la ansiedad, la depresión, las estrategias de afrontamiento (distracción, autoinstrucciones o catastrofización, entre otras) y la dimensión psicológica, social y espiritual de la calidad de vida (Barragán y Almanza, 2013; Monroy *et al.*, 2009). Así, identificar los factores relacionados al dolor por cáncer (especialmente aquellos que sean modificables) haría posible desarrollar tratamientos específicos para mitigar su impacto y ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes (Expósito *et al.*, 2019). Sin embargo, no se dispone de una síntesis descriptiva del conjunto de evidencias actuales sobre las variables psicosociales relacionadas con la intensidad del dolor, la magnitud de su relación y los instrumentos más utilizados para medir esa intensidad que apoye a los tomadores de decisiones en salud para tener una información actualizada, relevante y accesible.

Por lo tanto, el objetivo principal de esta revisión narrativa, con un enfoque sistematizado (Guirao, 2015), fue hallar evidencias recientes sobre las variables psicosociales relacionadas con la intensidad de dolor en pacientes con cáncer y la magnitud de su relación, y como objetivo secundario identificar los instrumentos de autorreporte utilizados para medir esa intensidad y las variables asociadas en tales pacientes.

MÉTODO

Universo de trabajo

Para la búsqueda de evidencia sobre el tema se consultaron las bases de datos Medline y PsycINFO. Según el Manual Cochrane (*cf.* Higgins y Green, 2011), se sugiere que las revisiones en el área de la salud incluyan búsquedas en Medline (Lefebvre *et al.*, 2022) y PsycINFO (base de datos por excelencia de la psicología) (*cf.* Landa *et al.*, 2013), empleando para ello los siguientes términos de búsqueda: *Neoplasms* (MeSH), *Cáncer* (Tw), *Neoplasia* (Tw), *Oncology* (Tw), *Malignacy* (Tw), *Psychology* (Subheading), *Psychosocial factors* (Tw), *Emotional factors* (Tw), *Psychosocial symptoms* (Tw), *Psychological outcomes* (Tw), *Chronic pain* (MeSH) y *Cancer pain* (Tw), todos ellos combinados por medio de los operadores booleanos AND y OR. La revisión tuvo un filtro de intervalo de tiempo: de los años 2016 al 2021, y efectuándose la búsqueda entre los meses de octubre y noviembre de 2021.

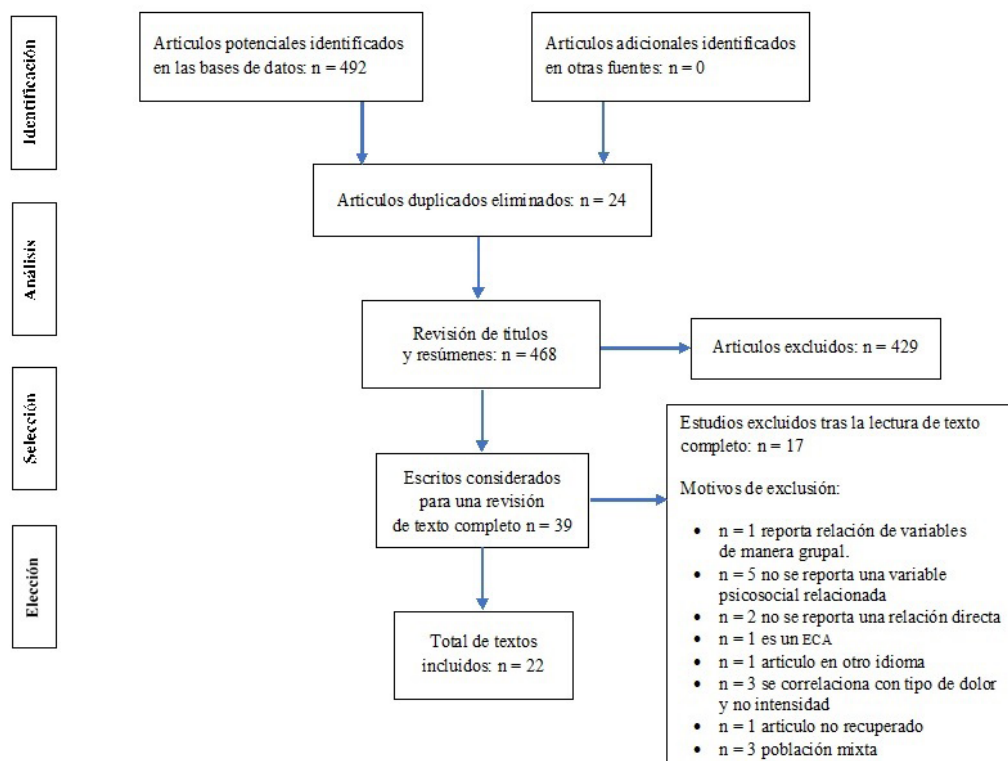
Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión para la selección de los estudios fueron los siguientes: tratarse de pacientes con diagnóstico confirmado de cáncer, en cualquier estadio, con cualquier tipo de cáncer, con 18 años de edad o más; estudios que analizaran al menos una variable psicosocial relacionada con la intensidad de dolor por cáncer; estudios observacionales⁴, en idioma inglés o español y publicados entre 2016 y 2021. Se excluyeron los estudios cualitativos, los realizados en animales no humanos, las opiniones de expertos y aquellos con resultados relacionados con el dolor irruptivo o agudo.

RESULTADOS

Se identificaron 492 artículos, revisándose 22 textos completos (Figura 1).

Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de los estudios.



⁴ Debido a que el objetivo era identificar variables asociadas, los autores se enfocaron principalmente en estudios correlacionales y estudios de cohorte (*cf.* Manterola y Otzen, 2014).

En la Tabla 1 se muestran las características y resultados de los estudios incluidos. La prevalencia de dolor abarcó un rango de entre 4.2% (pacientes intervenidas candidatas a quimioterapia) y 79% (en cuidados paliativos) (Calderon *et al.*, 2019; Costa *et al.*, 2017; Davis *et al.*, 2021; Decoster *et al.*, 2019; Drury *et al.*, 2017; Khemiri *et al.*, 2019; Lin *et al.*, 2020; Schreier *et al.*, 2019; Smith *et al.*, 2018). Los participantes que reportaron dolor con

intensidad de moderada a severa se hallaron en 10% de los casos de sobrevivientes y en 84% de aquellos en tratamiento activo o en cuidados paliativos (Barret *et al.*, 2017; Cramer *et al.*, 2018; Drury *et al.*, 2017; Khemiri *et al.*, 2019; Li *et al.*, 2017; Lin *et al.*, 2020; Mu'taz y Hamdan-Man-sour, 2016; Rodriguez *et al.*, 2019; Samuel *et al.*, 2020).

Tabla 1. Resultados extraídos de los estudios primarios.

Referencia País Tipo de estudio	Muestra	Resultados (prevalencia de dolor y/o variables relacionadas con la intensidad de dolor) /instrumentos	Conclusiones
Davis <i>et al.</i> (2021) Estados Unidos Cohorte prospectivo	n = 150/ IDX más frecuentes: Gastrointestinal (22%), pulmón (19%), hematológico (14%) y genitourinario (13%).	Dolor más elevado por encima de lo aceptable en 118 pacientes (79%). Calidad de vida general ($r = 0.438^{***}$); Sufrimiento ($r = 0.483^{***}$). Escala de Calificación Numérica (ECN).	El manejo de dolor puede ayudar a aliviar el sufrimiento en general. Un equipo multidisciplinario que incluya al psicólogo es necesario para reducir el sufrimiento.
Expósito <i>et al.</i> , (2020). España Transversal	n = 156/ IDX más frecuentes: Mieloma múltiple, 37 (21.0%), pulmón, 31 (18.0%), mama, 22 (13.0%), colon, 18 (10.0%).	Inferencia de dolor ($\beta = 0.23^{**}$). Escala de Calificación Numérica (ECN).	La intensidad del dolor es relevante para la interferencia del dolor en las actividades diarias y, por lo tanto, debería ser un objetivo de intervención.
Lin <i>et al.</i> (2020). Taiwan Transversal	n = 2,652/ IDX: Gastrointestinal 630 (23.76%), mama 499 (18.82%), cabeza y cuello, 549 (20.70%), hematológicos, 391 (14.74%), respiratorios/mediastínicos, (205/7.73%), hepatobiliar (181 (6.83%), ginecología y genitourinario 110 (4.15%), otros, 87 (3.28%).	1,167 (44.0%) reportaron dolor durante la semana anterior. Dolor relacionado con el cáncer, 1,002 (37.8%) y relacionado con el tratamiento, 229 (8.6%). Dolor de moderado a severo, 870 (74.6%). La severidad de dolor fue mayor en aquellos que expresaron no estar satisfechos con su médico, en comparación con los que sí lo estaban (4.12*** D.E. 1.89 vs. 3.34, D.E. 1.72). Inventario Breve de Dolor (BPI).	La baja satisfacción de los pacientes que experimentan un dolor más intenso sugiere que la insatisfacción pudiera ser un indicador de la eficacia del control del dolor.
Liesto (2020). Finlandia Transversal	n = 160/ IDX: mama.	Ansiedad ($r = 0.16^*$). Inventario Breve de Dolor (BPI).	La ansiedad moderó el efecto de la resiliencia sobre la interferencia del dolor. Por lo tanto, mejorar la resiliencia podría beneficiar el desarrollo de nuevos tratamientos para Px con dolor persistente y sobrevivientes de cáncer.
Sun <i>et al.</i> (2020). China Transversal	n = 434/ IDX: Colorrectal.	Ansiedad ($r = .296^{***}$), autoestima ($r = 0.297^{***}$), dimensión de afrontamiento aceptación/renuncia ($r = 0.19^{***}$); dimensión de afrontamiento confrontación ($r = 0.146^{**}$); dimensión de afrontamiento evitación ($r = 0.202^{***}$). Escala de Dolor de Rostros de Wong Baker (WBFS).	El dolor se asoció positivamente con la ansiedad y el afrontamiento, y negativamente con la autoestima.
Samuel <i>et al.</i> (2020). Estados Unidos Transversal	n = 283/ IDX: Mama y pulmón.	Dolor severo a moderado, 86 (30.4%). Los pacientes que reportaron mayor respeto por parte de sus médicos tienen 50% menos riesgo de informar dolor de moderado a severo en comparación con los que no informaron gozar de un respeto óptimo de sus médicos (ARR, 0,53; IC del 95%, 0,35 0,79). PROMIS ítem.	El respeto del médico por los pacientes, la toma de decisiones compartida y el seguimiento del consejo del médico surgieron como fuertes predictores de la gravedad del dolor.

Continúa...

Referencia País Tipo de estudio	Muestra	Resultados (prevalencia de dolor y/o variables relacionadas con la intensidad de dolor) /instrumentos	Conclusiones
Khemiri <i>et al.</i> (2019). Túnez Transversal	n = 106/ IDX: Mama 36 (34.0%), Colorrectal 15 (14.2%), Pulmón 13 (12.3%), Gástrico 10 (9.4%).	Dolor nociceptivo, neuropático y mixto. Dolor moderado, 52 (49.1%); Dolor grave, 37 (34.9%); Dolor agudo, 32 (30.2%); Dolor crónico, 74 (69.3%). [Ansiedad ($r = 0.44^*$); depresión ($X^2 = 16.481^{**}$); deterioro de la calidad de vida general ($r = 0.45^{**}$)]. Escala Visual Análoga (EVA).	Uno de los principales factores correlacionados con la aparición de depresión, ansiedad y deterioro de la calidad de vida fue el dolor severo.
Kang y Choi (2019). Corea del Sur Transversal descriptivo	n = 110/ IDX: Mieloma múltiple.	[Calidad de vida general ($r = .37^{***}$); incertidumbre ($r = .29^{**}$); ansiedad ($r = .30^{**}$); depresión ($r = .38^{***}$), apoyo social ($r = .34^{***}$); calidad de vida con los síntomas ($\beta = 0.45^{***}$)]. Escala de Dolor del Cuestionario de Evaluación de la Salud; Escala Visual Análoga (EVA).	El malestar físico relacionado con el dolor debe reducirse para mejorar la calidad de vida de los pacientes con mieloma múltiple.
Schreier <i>et al.</i> (2019). Estados Unidos Transversal correlacional	n = 40/ IDX: Mama.	15 mujeres (38%) reportaron intensidad de dolor mayor a la normal. [Inferencia de dolor ($r = 0.89^{**}$); Ansiedad ($r = 0.44^{**}$)]. PROMIS Intensidad de Dolor 3 ^a .	Debido a que el número de sobrevivientes de cáncer de mama continúa aumentando, es imperativo identificar e intervenir para reducir el dolor y otros síntomas comunes para así mejorar la experiencia general de supervivencia.
Decoster <i>et al.</i> (2019). Bélgica Estudio de cohorte prospectivo	n = 3673/ IDX: Tumores sólidos: aparato digestivo, 1286 (35.0%), mama, 804 (21.9%), sistema genitourinario, 351 (9.6%), tórax, 353 (9.6%), ginecológico, 302 (8.2%), cabeza y cuello, 167 (4.6%), piel, 74(2.0%), SNC, 33 (0.9%), musculoesquelético, 31 (0.8%), carcinoma, 28 (0.8%), próstata, 244 (6.6%).	Presencia de dolor, 1,003 (50.8%). Calidad de vida, $\beta = 9.56$ (IC = 10.96, 8.16 ^{***}). Escala Visual Análoga (EVA).	Los hallazgos de esta investigación respaldan resultados previos en los que el estado funcional (dolor) fue pronóstico para la CVRS inicial.
Calderon <i>et al.</i> (2019). España Transversal prospectivo	n = 240/ IDX: Mama.	Presencia de dolor, 4.2% [Calidad de vida general, $r = .338^{***}$]; Función cognitiva ($\beta = 2.256, .01, .94^{**}$)]. Subescala de Síntomas del Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (EORTC QLQ C30).	Se encontraron asociaciones entre el dolor y el estado de salud global. El dolor demostró ser un factor predictor del dominio de función cognitiva de la CVRS.
Rodriguez <i>et al.</i> (2019). Estados Unidos Transversal	n = 105/ IDX: Mama 13 (12.4%), leucemia 12 (11.4%), genitourinario 10 (9.25%), linfoma 11 (10.5%), pulmón 9 (8.6%), ovario 8 (7.6%), páncreas 6 (5.7%), mieloma múltiple 6 (5.7%), colon 5 (4.8%) y otros 25 (23.8%).	69% informó sufrir dolor de intensidad moderada a severa. [Angustia por dolor ($r = 0.77^{***}$), inferencia de dolor ($r = 0.75^{***}$) y calidad de vida general ($r = 0.29^{**}$)] CSS.	Los pacientes experimentaron una intensidad de dolor significativa que aparecía con frecuencia o de manera constante en muchos de ellos. La intensidad de dolor se correlacionó negativamente con la calidad de vida, y positivamente con la angustia y la interferencia de dolor.
Smith, Meredith y Chua (2018). Australia Transversal	n = 355/ IDX: Mama no metastásico.	38.2% informó sufrir dolor persistente. [Ansiedad por apego ($r = 0.20^*$), Evitación del apego ($r = 0.22^*$), Catastrofización del dolor ($r = 0.44^{***}$), Calidad de vida general ($r = 0.41^{***}$)]. Escala de Calificación Numérica (ECN).	Se sugiere el valor potencial de adoptar un enfoque basado en el apego cuando se maneja el dolor persistente en esta población, lo que puede ayudar a abordar la disminución de la calidad de vida que experimenta un número cada vez mayor de mujeres que siguen el tratamiento para el cáncer de mama.

Continúa...

Referencia País Tipo de estudio	Muestra	Resultados (prevalencia de dolor y/o variables relacionadas con la intensidad de dolor) /instrumentos	Conclusiones
Mendoza <i>et al.</i> (2018). Estados Unidos Transversal	n = 5500/ Px con metástasis óseas.	Dimensiones del EQ 5D (Salud actual), movilidad (r = 0.37), autocuidado (r = 0.32), actividad habitual (r = 0.40), dolor/malestar (r = 0.61), ansiedad/depresión (r = 0.25). Inventario Breve de Dolor (BPI).	Los pacientes con metástasis óseas a menudo informan padecer un dolor significativo. El dolor o malestar fue la dimensión menos valorada del EQ-5D, pero la relación de este ítem con el BPI fue modesta, lo que sugiere que el único ítem de dolor del instrumento puede ser de utilidad limitada en estudios para los cuales el dolor es un punto final.
Al Atiyyat <i>et al.</i> (2018). Jordania Descriptivo correlacional	n = 150	Barreras para el manejo de dolor (r = .217**). Inventario Breve de Dolor (BPI).	Es esencial realizar esfuerzos continuos para disminuir las barreras para el manejo del dolor a través de intervenciones educativas dirigidas a los pacientes, sus familiares y la población en general. El apoyo a la espiritualidad debe considerarse un elemento necesario de la atención integral del cáncer y para afrontar un diagnóstico y cualquier síntoma físico asociado, incluido el dolor. Este estudio sugiere que la espiritualidad es un factor protector de la calidad de vida en pacientes negros tratados para el dolor del cáncer.
Bai <i>et al.</i> (2018) Estados Unidos Transversal	n = 102/ IDX: Mieloma, 23 (22.5%), mama, 18 (17.6%), pulmón, 17 (16.7%), colon, recto, próstata y anal, 15 (14.7%), páncreas, 8 (7.8%) y otros, 21 (20.5%).	Espiritualidad, r = 0.25*); Calidad de vida general, r = 0.39**); Dimensión bienestar físico, 0.48**); Dimensión bienestar emocional 0.24*); Dimensión bienestar funcional 0.33**). Inventario Breve de Dolor (BPI).	Se identificó una alta prevalencia de dolor entre los supervivientes de cáncer de cabeza y cuello. Asimismo, el dolor en los supervivientes se asoció significativamente con una menor calidad de vida en general.
Cramer <i>et al.</i> (2018). Estados Unidos Estudio de cohorte retrospectivo	n = 175 / IDX: Cabeza y cuello.	Dolor de leve a severo, 45.1%. Depresión mayor (OR, 3,91; IC de 95%, 1, 68, 9, 11), ansiedad (OR, 4,22; IC del 95%, 2, 28, 7, 81) y baja calidad de vida general (OR, 2,20; IC de 95%, 1, 12, 4, 34). Algunas preguntas de la Escala de Calidad de Vida de la Universidad de Washington (UW QOL).	Los hallazgos pueden ayudar a guiar estudios futuros que profundicen la comprensión de la CVRS, evaluar varios aspectos del bienestar social/familiar y determinar si estos factores median la asociación entre dolor y la CVRS.
Barrett <i>et al.</i> (2017) Estados Unidos Transversal	n = 121/ IDX: Mama, 33 (27.3%), pulmón, 27 (22.3%), cabeza y cuello, 13 (10.7%), otro, 47 (38.8%).	Dolor moderado, 34 (28.1%); dolor severo, 29 (24 %). Calidad de vida, $\beta = 1.23$ (2.19, 0.26*). Inventario Breve de Dolor (BPI).	Los predictores de estado de ansiedad y depresión incluyeron los peores niveles y promedios de la intensidad del dolor, la duración del dolor por cáncer, ECOG PS y la recepción o no de la terapia contra el cáncer.
Li <i>et al.</i> (2017). China Transversal	n = 126	Presencia de dolor, 51%. Dolor moderado, 10 (15.6%); Dolor severo, 40 (62.5%). [Estado de ansiedad (r = 0.64***); Depresión (r = 0.31*)]. Inventario Breve de Dolor (BPI).	La alta prevalencia de síntomas que coexisten con el dolor y la asociación entre el dolor y una peor calidad de vida se debe tomar en cuenta por los profesionales de la salud, y además considerar el dolor dentro de un panorama más amplio de las comorbilidades de los sobrevivientes para abordar sus necesidades.
Drury <i>et al.</i> (2017). Irlanda Transversal	n = 252/ IDX: Colorrectal.	Dolor el día de la encuesta, 90 participantes (36%), Dolor moderado hoy, 8%; Dolor severo hoy, 2%]. Salud autoevaluada (r = 0.5**), Calidad de vida general (r = 0.5**), Dimensión bienestar social (r = 0.3**), Dimensión bienestar emocional (r = 0.3**), Dimensión bienestar funcional (r = 0.5**), EuroQOL (EQ 5D) y Evaluación Funcional de la Terapia del Cáncer Colorrectal (FACT C).	

Continúa...

Referencia País Tipo de estudio	Muestra	Resultados (prevalencia de dolor y/o variables relacionadas con la intensidad de dolor) /instrumentos	Conclusiones
Costa <i>et al.</i> (2017). Brasil Transversal	n = 400/ IDX: Mama.	287 participantes (71.7%) reportaron sufrir dolor. Calidad de vida escala funcional, 49.9** (D.E. = 17.3); Calidad de vida escala de síntomas, 32.1* (D.E. =14.8) (Utilización de ANOVA y Tukery)]. Cuestionario de Dolor de McGill, version breve (SF MPQ).	El dolor tuvo una alta prevalencia (71%). Este síntoma compromete la calidad de vida de las pacientes, particularmente la de aquellas en estadios avanzados de la enfermedad.
Mu'taz y Hamdan Mansour (2016). Cisjordania Transversal descriptivo correlacional	n = 184/ IDX: Pulmón, 35 (19.0%), mama, 44 (24.0%), colon, 40 (21.7%), próstata, 33 (18.0%), estómago, 32 (17.3%).	75% de los Px reportaron una puntuación menor a 7 (dolor de moderado a mínimo). [Calidad de vida global, $\beta = 5.369^{***}$; Escala de función de rol, $\beta = 1.403^{***}$; Escala de función emocional, $\beta = 2.341^{***}$; Escala de función cognitiva, $\beta = 2.239^{***}$; Escala de función social, $\beta = 1.695^{***}$]. Escala Visual Análoga (EVA).	El dolor percibido conduce a un deterioro en diversas dimensiones de la calidad de vida (física, de rol, emocional, cognitiva y social).

Nota: Significancia estadística: * $<.05$, ** $<.01$, *** $<.001$; IDX: Diagnóstico; Px: Paciente(s); Tx: Tratamiento.

La intensidad de dolor resultó ser un predictor de la calidad de vida ($\beta = -1.23 [-2.19-0.26, p < .05]$); $\beta = -5.369, p < .001$; $\beta = -9.56$ (IC, 10.96-8.16, $p < .001$) (Barrett *et al.*, 2017; Decoster *et al.*, 2019; Mu'taz y Hamdan-Mansour, 2016), así como de su dimensión cognitiva ($\beta = -2.239, p < .001$; $\beta = -2.256, p < .01$) (Calderon *et al.*, 2019; Mu'taz y Hamdan-Mansour, 2016), de rol ($\beta = -1.403, p < .001$) (Mu'taz y Hamdan-Mansour, 2016), emocional ($\beta = -2.341, p < .001$) (Mu'taz y Hamdan-Mansour, 2016) y social ($\beta = -1.695, p < .001$) (Mu'taz y Hamdan-Mansour, 2016); de igual manera, dicha intensidad es un predictor de la inferencia del dolor ($\beta = 0.23, p < .01$) (Expósito *et al.*, 2020). Los pacientes con síntomas de depresión (OR = 3.91; IC de 95%, 1, 68, 9, 11) y de ansiedad (OR = 4.22; IC de 95%, 2, 28, 7, 81) tienen una mayor probabilidad de sufrir un dolor más intenso (Cramer *et al.*, 2018).

De la misma forma, una mayor intensidad de dolor se relaciona con una salud autoevaluada como más pobre ($r = -0.5, p < .05$) (Drury *et al.*, 2017), un menor apoyo social ($r = -0.34, p < .001$) (Kang y Choi, 2019), un mayor sufrimiento ($r = 0.48, p < .01$) (Davis *et al.*, 2021) y una mayor catastrofización del dolor ($r = 0.44, p < .001$) (Smith *et al.*, 2018).

En la revisión se reportan diversos instrumentos para medir dicha intensidad, siendo el Inventario Breve de Dolor (BPI, por sus siglas en inglés) el instrumento más utilizado (Al-Atiyat *et al.*, 2018; Bai *et al.*, 2018; Barrett *et al.*, 2017; Li *et al.*, 2017; Liesto, 2020; Lin *et al.*, 2020; Mendoza *et al.*, 2018). Por otro lado, los instrumentos que más se emplearon para evaluar las variables relacionadas con la intensidad del dolor fueron el Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (EORTC QLQ-C30) (Calderon *et al.*, 2019; Costa *et al.*, 2017; Decoster *et al.*, 2019; Kang y Choi, 2019; Mu'taz y Hamdan-Mansour, 2016); el BPI (Expósito *et al.*, 2020), el CSS (Rodríguez *et al.*, 2019); el PROMIS (inferencia del dolor) (Schreier *et al.*, 2019); la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) (síntomas de ansiedad y depresión) (Kang y Choi, 2019; Khemiri *et al.*, 2019; Liesto, 2020); el EuroQOL (Drury *et al.*, 2017) y el Cuestionario EQ-5D-5L (autoevaluación de la salud) (Mendoza *et al.*, 2018); la Escala de Calificación Numérica (ECN) (sufrimiento) (Davis *et al.*, 2021), y la Escala de Catastrofización del Dolor (ECD) (Smith *et al.*, 2018).

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue resumir el conocimiento reciente sobre las variables psicosociales del dolor en pacientes con cáncer, así como identificar los instrumentos de autorreporte más utilizados para medir la intensidad de dolor y las variables asociadas a la misma.

La intensidad del dolor funge como un predictor de la calidad de vida e interfiere con varios aspectos de la vida diaria del paciente, como la actividad general, el estado de ánimo o el caminar, trabajar y dormir, entre muchas otras áreas (Expósito *et al.*, 2020). A este síntoma se le ha descrito como un importante problema de salud pública que altera profundamente la vida del paciente con cáncer (Allende *et al.*, 2016; Barragán y Almanza, 2013), por lo que debería ser un objetivo primario de toda intervención (Expósito *et al.*, 2020) debido a que la calidad de vida es una variable relevante en el área de la salud (Sanchez *et al.*, 2015) y su alivio una prioridad en la atención integral oncológica (De la Lanza *et al.*, 2015). En México se cuenta con la versión validada del EORTC QLQ C30, uno de los instrumentos más ampliamente utilizados en la literatura internacional para evaluar la calidad de vida (Oñate *et al.*, 2009), lo que representa una ventaja para el abordaje de la calidad de vida en la atención clínica y la investigación.

Los síntomas de ansiedad y de depresión se hallan entre las variables más asociadas con la intensidad de dolor. Tales datos coinciden con lo reportado previamente en la literatura, la cual señala que para el personal de salud estas variables psicológicas constituyen factores predictores significativos vinculados al dolor oncológico crónico (Expósito *et al.*, 2019). Diversas investigaciones psicooncológicas efectuadas en el país han reportado síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de pulmón (González *et al.*, 2021), de testículo (Galindo *et al.*, 2013), de próstata (Espinoza *et al.*, 2020) y de mama (Ramírez *et al.*, 2016), así como en sobrevivientes de cáncer (Medina *et al.*, 2020). Asimismo, se dispone de validaciones de instrumentos de autorreporte con propiedades psicométricas adecuadas para evaluar la sintomatología ansiosa y depresiva en población oncológica mexicana, como la HADS (Galindo *et*

al., 2015a) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Galindo *et al.*, 2015b).

Por otro lado, son limitados los datos obtenidos de la población oncológica mexicana sobre la catastrofización del dolor. Se ha resaltado esta variable como una de las más relevantes en el manejo del dolor (Crombez *et al.*, 2020; Hadlandsmyth, *et al.*, 2019; Hayashi *et al.*, 2022) debido a su relación con la intensidad del mismo (Azizoddin *et al.*, 2021; Dalton *et al.*, 2015), así como por su asociación con la predicción de dolor excesivo, más comportamientos de dolor, uso más frecuente de los servicios de atención médica, estadías hospitalarias más prolongadas y mayor consumo de medicamentos (Van Damme *et al.*, 2002).

Otra de la asignatura pendiente en el campo de dolor por cáncer en México es el abordaje de la salud autoevaluada, el sufrimiento y el apoyo social, lo que implica emprender el análisis de estos constructos en las intervenciones futuras para el manejo de dolor oncológico crónico en pacientes mexicanos.

Finalmente, se identificó una notable heterogeneidad entre las características clínicas de los participantes en los estudios (estadio, tipo de cáncer, forma de reportar el tipo de dolor). De igual manera, es importante resaltar la amplia variabilidad en la prevalencia del dolor, lo que puede atribuirse a las características clínicas de los participantes y a la diversidad de instrumentos de autorreporte utilizados para medir la presencia e intensidad de aquél. En este sentido, el Inventario Breve de Dolor (BPI, por sus siglas en inglés) fue el instrumento más utilizado, seguido de la Escala Visual Análoga (EVA) y la Escala de Calificación Numérica (ECN). A pesar de que el Consenso Mexicano de Manejo del Dolor por Cáncer considera al BPI, el EVA y el ECN entre las herramientas disponibles para evaluar y vigilar la intensidad del dolor (Allende *et al.*, 2016), no se cuenta con una versión validada del primero en la población oncológica mexicana hasta este momento.

Dentro de las limitaciones del presente análisis, cabe señalar que no obstante que se efectuó la búsqueda con un enfoque sistematizado, se conserva la naturaleza narrativa en esta revisión, por lo que los resultados deben ser tomados con cautela.

En conclusión, identificar las variables psicosociales asociadas con el dolor oncológico supone el establecimiento de objetivos de intervención para el tratamiento no farmacológico de los síntomas, la modulación de la percepción de dolor y la mejora en la calidad de vida de los pacientes mexicanos con cáncer. Se cuenta con escalas unidimensionales (que evalúan la intensidad de dolor) y multidimensionales (que valoran esa intensidad

y otras dimensiones como aspectos emocionales, afectivos, cognitivos o sociales). En consecuencia, se recomienda una evaluación multiaxial en lugar de una medida global única en virtud de que el dolor es una percepción, y su integración puede estar sesgada por las diferentes dimensiones biopsicosociales de cada paciente, las cuales pueden ser útiles para establecer pronósticos clínicos.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por la beca 1147929 otorgada a Luis Alberto Mendoza-Contreras, del Programa de Doctorado en el área Psicología y Salud de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

Citación: Mendoza-Contreras, L.A., Domínguez-Trejo, B., Rodríguez-Medina, D.A. y Galindo-Vázquez, O. (2024). Factores psicosociales asociados con la intensidad de dolor por cáncer: una revisión narrativa. *Psicología y Salud*, 34(2), 259-269. <https://doi.org/10.25009/pys.v34i2.2907>

REFERENCIAS

- Al-Atiyat, N.M.H. y Vallerand, A.H. (2018). Patient-related attitudinal barriers to cancer pain management among adult Jordanian patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 33, 56-61.
- Allende, S. (2016). Primer Consenso Mexicano de Dolor por Cáncer. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 15(Supl. 1), 3-34.
- Azizoddin, D.R., Schreiber, K., Beck, M.R., Enzinger, A.C., Hruschak, V., Darnall, B.D. ... y Mackey, S. (2021). Chronic pain severity, impact, and opioid use among patients with cancer: an analysis of biopsychosocial factors using the CHOIR learning health care system. *Cancer*, 127(17), 3254-3263.
- Bai, J., Brubaker, A., Meghani, S.H., Bruner, D.W. y Yeager, K.A. (2018). Spirituality and quality of life in black patients with cancer pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 56(3), 390-398.
- Barragán J., A. y Almanza R., G. (2013). Valoración de estrategias de afrontamiento, a nivel ambulatorio, del dolor crónico en personas con cáncer. *Aquichan*, 13(3), 322-335.
- Barrett, M., Chu, A., Chen, J., Lam, K.Y., Portenoy, R. y Dhingra, L. (2017). Quality of life in community-dwelling Chinese-American patients with cancer pain. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 19(6), 1442-1448.
- Bennett, M.I., Kaasa, S., Barke, A., Korwisi, B., Rief, W. y Treede, R.D. (2019). The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic cancer-related pain. *Pain*, 160(1), 38-44.
- Calderon, C., Carmona B., A., Hernández, R., Ghanem, I., Castelo, B., de Castro, E.M., ... y Jimenez F., P. (2019). Effects of pessimism, depression, fatigue, and pain on functional health-related quality of life in patients with resected non-advanced breast cancer. *The Breast*, 44, 108-112.
- Costa, W.A., Monteiro, M.N., Queiroz, J.F. y Gonçalves, A.K. (2017). Pain and quality of life in breast cancer patients. *Clinics*, 72, 758-763.
- Cramer, J.D., Johnson, J.T. y Nilsen, M.L. (2018). Pain in head and neck cancer survivors: prevalence, predictors, and quality-of-life impact. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 159(5), 853-858.
- Crombez, G., De Paepe, A.L., Veirman, E., Eccleston, C., Verleysen, G. y Van Ryckeghem, D.M. (2020). Let's talk about pain catastrophizing measures: an item content analysis. *Peer J*, 8, e8643.
- Dalton, J.A., Higgins, M.K., Miller, A.H., Keefe, F.J. y Khuri, F.R. (2015). Pain intensity and pain interference in patients with lung cancer: A pilot study of biopsychosocial predictors. *American Journal of Clinical Oncology*, 38(5), 457.

- Davis, M.P., Rybicki, L.A., Samala, R.V., Patel, C., Parala-Metz, A. y Lagman, R. (2021). Pain or fatigue: which correlates more with suffering in hospitalized cancer patients? *Supportive Care in Cancer*, 8, 4535-4542.
- Decoster, L., Quinten, C., Kenis, C., Flamaing, J., Debruyne, P.R., De Groof, I., ... y Wildiers, H. (2019). Health related quality of life in older patients with solid tumors and prognostic factors for decline. *Journal of Geriatric Oncology*, 10(6), 895-903.
- De la Lanza, C.C., O'Shea, G.J., Tamayo M., A.N., Herrera J., L., Peña G., C. y De la Lanza J., J.C. (2015). Calidad de vida y control de síntomas en el paciente oncológico. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 14(3), 150-156.
- Drury, A., Payne, S. y Brady, A.M. (2017). The cost of survival: an exploration of colorectal cancer survivors' experiences of pain. *Acta Oncologica*, 56(2), 205-211.
- Espinoza, M., Galindo, O., Jiménez, M., Lerma, A., Acosta, N., Álvarez, M. y Herrera, Á., (2020). Factores predictores de sintomatología de ansiedad, depresión y calidad de vida global en pacientes mexicanos con cáncer de próstata. *Psicología y Salud*, 30(2), 141-152.
- Expósito V., S., Burjalés M., D. y Miró, J. (2019). Factores psicosociales en el dolor crónico oncológico: un estudio Delphi. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 26(1), 21-30.
- Expósito V., S., Sánchez R., E. y Miró, J. (2020). The role of physical, cognitive and social factors in pain interference with activities of daily living among individuals with chronic cancer pain. *European Journal of Cancer Care*, 29(2), e13203.
- Galindo, O., Álvarez, M. y Alvarado, S. (2013). Ansiedad, depresión y afrontamiento en pacientes con cáncer testicular en tratamiento y periodo de seguimiento. *Psicooncología*, 10(1), 69-78.
- Galindo, O., Benjet, C., Juárez, F., Rojas, E., Riveros, A. ... y Alvarado, S. (2015a). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud Mental*, 38(4), 253-258.
- Galindo, O., Rojas, E., Meneses, A., Aguilar, J.L., Álvarez, M.A. y Alvarado, S. (2015b). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en pacientes con cáncer. *Psicooncología: Investigación y Clínica Biopsicosocial en Oncología*, 12(1), 51-58.
- González, A., Galindo, O., Rascón, M., Robles, R. y Chochinov, H. (2021). Dignity therapy in Mexican lung cancer patients with emotional distress: Impact on psychological symptoms and quality of life. *Palliative & Supportive Care*, 20(1), 62-68.
- Guirao G., S.J.A. (2015). Utilidad y tipos de revisión de literatura [Versión en línea], *SCIELO*, 9(2). Doi: 10.4321/S1988-348x2015000200002
- Hadlandsmayth, K., Dindo, L.N., Wajid, R., Sugg, S.L., Zimmerman, M.B. y Rakel, B.A. (2019). A single-session acceptance and commitment therapy intervention among women undergoing surgery for breast cancer: A randomized pilot trial to reduce persistent postsurgical pain. *Psycho-Oncology*, 28(11), 2210-2217.
- Hayashi, K., Ikemoto, T., Shiro, Y., Arai, Y.C., Marcuzzi, A., Costa, D. y Wrigley, P.J. (2022). A systematic review of the variation in Pain Catastrophizing Scale reference scores based on language version and country in patients with chronic primary (Non-specific) pain. *Pain and Therapy*, 11(3), 753-769. Doi: 10.1007/s40122-022-00390-0. 1-17.
- Higgins, J.P.T. y Green, S. (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*, Version 5.1.0. The Cochrane Collaboration. Disponible en www.cochrane-handbook.org
- International Agency for Research on Cancer (2020a). *Cancer tomorrow*. Recuperado de <https://gco.iarc.fr/tomorrow/en/dataviz/isotype>
- International Agency for Research on Cancer (2020b). *México source: Globocan 2020*. Recuperado de <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/484-mexico-fact-sheets.pdf>
- Kang, H. y Choi, E. y. (2019). Factors influencing quality of life in patients with multiple myeloma. *Contemporary Nurse*, 55(2-3), 109-121.
- Khemiri, S., Thabet, J.B., Kridis, W.B., Maalej, M., Khanfir, A. y Frikha, M. (2019). Psychoaffective repercussions of pain in cancer patients. *Cancer/Radiothérapie*, 23(3), 188-193.
- Landa, E., Martínez, A. y Sánchez, J., (2013). Medicina basada en la evidencia y su importancia en la medicina conductual. *Psicología y Salud*, 23(2), 273-282.
- Lefebvre, C., Glanville, J., Briscoe, S., Littlewood, A., Marshall, C., Metzendorf, M.I., ... y Cochrane Information Retrieval Methods Group (2022). Searching for and selecting studies. En *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. GIRMG.
- Li, X.M., Xiao, W.H., Yang, P. y Zhao, H.X. (2017). Psychological distress and cancer pain: Results from a controlled cross-sectional survey in China. *Scientific Reports*, 7(1), 1-9.
- Liesto, S., Sipilä, R., Aho, T., Harno, H., Hietanen, M. y Kalso, E. (2020). Psychological resilience associates with pain experience in women treated for breast cancer. *Scandinavian Journal of Pain*, 20(3), 545-553.
- Lin, J., Hsieh, R.K., Chen, J.S., Lee, K.D., Rau, K.M., Shao, Y. y., ... Chiou, T.J. (2020). Satisfaction with pain management and impact of pain on quality of life in cancer patients. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology*, 16(2), e91-e98.

- Manterola, C. y Otzen, T. (2014). Estudios observacionales: los diseños utilizados con mayor frecuencia en investigación clínica. *International Journal of Morphology*, 32(2), 634-645.
- Medina D., Vergara A., S.N., Domínguez T., B., Cortés V., P. y Ortega E., J.J. (2020). Perfil psicosocial de un grupo de pacientes sobrevivientes de cáncer de mama. *Revista de Medicina e Investigación de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 8(1), 30-35.
- Mendoza, T.R., Dueck, A.C., Shi, Q., Ma, H., Zhang, J., Qian, Y. y Cleeland, C.S. (2018). The contribution of pain in determining the health status of cancer patients with bone metastases: A secondary analysis of data from three Phase III registration trials. *European Journal of Pain*, 22(3), 565-571.
- Monroy N., V., Torres L., G.V. y Aguilar S., A. (2009). *Ansiedad asociada al dolor agudo en pacientes oncológicos*. INCAN.
- Mu'taz, M.D. y Hamdan-Mansour, A.M. (2016). Pain, sleep disturbance, and quality of life among Palestinian patients diagnosed with cancer. *Journal of Cancer Education*, 31(4), 796-803.
- Oñate O., L.F., Alcántara P., A., Vilar C., D., García H., G., Rojas C., E., Alvarado A., S., ... y Aiello C., V. (2009). Validation of the Mexican-Spanish version of the EORTC C30 and STO22 questionnaires for the evaluation of health-related quality of life in patients with gastric cancer. *Annals of Surgical Oncology*, 16(1), 88-95.
- Parás B., P., Alonso B., C., Paz Z., M., Palacios C., D., Sarabia C., C.M., Herrero M.s, M., ... y Fernández P., C. (2018). Does Jacobson's relaxation technique reduce consumption of psychotropic and analgesic drugs in cancer patients? A multicenter pre-post intervention study. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 18(1), 1-9.
- Ramírez, M., Rojas, M. y Landa, E., (2016). Efecto de una intervención cognitivo conductual breve sobre el afrontamiento y las sintomatologías ansiosa y depresiva de pacientes con cáncer de mama sometidas a mastectomía. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 7(1), 1-8.
- Rodríguez, C., Ji, M., Wang, H.L., Padhya, T. y McMillan, S.C. (2019). Cancer pain and quality of life. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 21(2), 116-123.
- Samuel, C.A., Mbah, O., Schaal, J., Eng, E., Black, K.Z., Baker, S., ... y Cykert, S. (2020). The role of patient-physician relationship on health-related quality of life and pain in cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 28(6), 2615-2626.
- Sanchez, R., Sierra, F.A. y Martin, E. (2015). For patients diagnosed with cancer, what is quality of life? *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(3), 371-386.
- Schreier, A.M., Johnson, L.A., Vohra, N.A., Muzaffar, M. y Kyle, B. (2019). Post-treatment symptoms of pain, anxiety, sleep disturbance, and fatigue in breast cancer survivors. *Pain Management Nursing*, 20(2), 146-151.
- Smith, M.D., Meredith, P.J. y Chua, S.Y. (2018). The experience of persistent pain and quality of life among women following treatment for breast cancer: an attachment perspective. *Psycho-Oncology*, 27(10), 2442-2449.
- Sun, G.W., Yang, Y.L., Yang, X.B., Wang, Y.Y., Cui, X.J., Liu, Y. y Xing, C.Z. (2020). Preoperative insomnia and its association with psychological factors, pain and anxiety in Chinese colorectal cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 28(6), 2911-2919.
- Van Damme, S., Crombez, G., Bijttebier, P., Goubert, L. y Van Houdenhove, B. (2002). A confirmatory factor analysis of the Pain Catastrophizing Scale: invariant factor structure across clinical and non-clinical populations. *Pain*, 96(3), 319-324.