

El dolor: algunos criterios desde la Psicología

Pain: some psychological criteria

Patricia Zaneti Díaz^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-4863-7030>

Raúl Martínez Triana¹ <https://orcid.org/0000-0002-2465-9286>

Dunia Castillo González¹ <https://orcid.org/0000-0002-4953-9440>

¹Instituto de Hematología e Inmunología. La Habana, Cuba.

*Autor de la correspondencia: rhematologia@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: El dolor como experiencia subjetiva desagradable es un síntoma frecuente en los pacientes atendidos en el servicio de Hematología. Este afecta al individuo a nivel psicológico y provoca la aparición de dificultades en las áreas laboral, educacional, familiar y en las relaciones interpersonales. La percepción del dolor puede verse distorsionada como resultado de esta alteración provocada en el paciente.

Objetivo: Analizar los factores psicológicos que median la percepción del dolor de los pacientes.

Métodos: Se realizó una revisión de la literatura, a través del sitio web PubMed y el motor de búsqueda Google Académico. Se emplearon las palabras clave: dolor, manejo del dolor, evaluación del dolor, psicología del dolor, dolor en hematología, dolor en drepanocitosis, dolor en hemofilia, dolor en leucemia.

Análisis y síntesis de la información: Se evidencia el carácter multifacético de esta experiencia subjetiva. Los determinantes y mecanismos del dolor son diversos, lo cual implica que su enfrentamiento requiera un enfoque integral que ayude a los pacientes a desarrollar conciencia acerca de los efectos de la enfermedad que padece y los síntomas del dolor. También es necesario guiarlos en la comprensión de los factores que contribuyen a su magnificación, crear estrategias que les ayuden a minimizar la exposición a estos, y orientarlos para que desarrollen métodos personales que les permitan lidiar con el dolor con un mínimo estrés psicológico.

Conclusiones: El dolor es un fenómeno complejo que involucra diversas variables y factores en su funcionamiento. Su manejo requiere un enfoque integral para la atención de los pacientes en su enfrentamiento al dolor.

Palabras clave: dolor; evaluación del dolor; hemofilia; drepanocitosis.

ABSTRACT

Introduction: Pain as an unpleasant subjective experience is a frequent symptom in patients treated by the Hematology service. This affects the individual on a psychological level and causes the onset of difficulties in the work, educational, family and interpersonal relationships. The perception of pain can be distorted as a result of this alteration caused in the patient.

Objective: To analyze the psychological factors that mediate patients' perception of pain.

Methods: A literature review was carried out through the PubMed website and the search engine of Google Scholar. The following keywords were used: dolor [pain], *manejo del dolor* [pain management], *evaluación del dolor* [pain assessment], *psicología del dolor* [pain psychology], *dolor en hematología* [pain in hematology], *dolor en drepanocitosis* [pain in sickle cell disease], *dolor en hemofilia* [pain in hemophilia], *dolor en leucemia* [pain in leukemia].

Information analysis and synthesis: The multifaceted nature of this subjective experience is evidenced. Pain determinants and mechanisms are diverse, which implies that their coping requires a comprehensive approach that helps patients develop awareness about the disease effects and the pain symptoms. It is also necessary to guide them in understanding the factors that contribute to pain magnification, create strategies that help them minimize pain exposure, and guide them to develop personal methods that allow them to deal with pain with minimal psychological stress.

Conclusions: Pain is a complex phenomenon involving several variables and factors in its operation. Its management requires a comprehensive approach to patient care regarding coping with pain.

Keywords: pain; pain evaluation; hemophilia; sickle cell disease.

Recibido: 30/01/2019

Aceptado: 11/09/2019

Introducción

El dolor se ha descrito como una experiencia sensorial y emocional (subjetiva) desagradable, que generalmente está asociada a una lesión tisular. Este término incluso se ha llegado a utilizar para describir un sentimiento intenso de pena, tristeza o lástima que se experimenta por motivos emocionales o anímicos. Sin embargo, se conoce acerca de sujetos que sienten placer al sentir dolor o de otros individuos que someten su cuerpo a experiencias extremas, como caminar por encima del fuego y no presentan ni lesión ni signos de haber experimentado dolor. Evidencias como estas destacan la participación de variables psicológicas en la comprensión del fenómeno del dolor.

De acuerdo a la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (*International Association for Study of Pain, IASP*), este se define como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión hística (que es propio de un tejido orgánico o está relacionado con él) presente o potencial, o descrita en términos de la misma”.⁽¹⁾ Esta definición expone que el dolor es una experiencia subjetiva y compleja, que se vincula con cogniciones, emociones y conductas. Además, señala que no es necesaria la presencia de una lesión para que se experimente la sensación dolorosa.⁽²⁾

La persona siente dolor cuando a distintas áreas corticales del sistema nervioso central (SNC) llega un número de estímulos suficientes a través de un sistema aferente, normalmente inactivo. Estos estímulos, no solo producen una respuesta refleja o una sensación desagradable, sino que también desencadenan una respuesta emocional.⁽²⁾

Para la comprensión del dolor, se han presentado disímiles clasificaciones: lo han descrito en función de los servicios médicos por los que se atiende o de la localización, ya sea específica o general. También se ha clasificado al dolor de acuerdo con su etiología o a partir de su progresión temporal.^(1,2) No obstante, con relación a estas clasificaciones existen muchas objeciones y puntos de desencuentro entre los profesionales que se dedican al estudio y tratamiento de este fenómeno.

La clasificación a la que se ha prestado más atención y que ha tenido más aceptación es la de dolor agudo vs. dolor crónico. En el dolor agudo o de reciente aparición, generalmente es posible identificar una lesión, a menudo hay signos externos y observables de daño tisular como la inflamación o manifestaciones neurovegetativas que, de alguna manera, respaldan las quejas del paciente. Este tipo de dolor suele presentar un curso bien definido y desaparecer cuando son tratadas adecuadamente las causas que lo provocaron.^(1,2)

En el caso del dolor crónico, la IASP lo define como “aquel que se extiende después del tiempo en que normalmente debía haberse extinguido”,⁽²⁾ sin embargo, hay consenso en considerar al dolor como crónico cuando se extiende por seis meses o más.⁽¹⁾ Este tipo de dolor generalmente presenta un inicio progresivo, no puede asociarse directamente a una lesión, su curso es impredecible, pues con frecuencia no responde a los tratamientos de la manera que se espera. Además, la mayor parte de los cuadros de dolor crónico no mejoran después de aplicados los tratamientos convencionales.

El dolor, tanto agudo como crónico, es un síntoma que generalmente está presente en muchas enfermedades crónicas, incluidas algunas tratadas en los servicios de hematología, como la hemofilia, la drepanocitosis y la leucemia. De ahí que el objetivo de este trabajo es analizar los factores psicológicos que median la percepción del dolor de los pacientes.

Métodos

Para la elaboración de este artículo se realizó una revisión de la literatura en inglés y español, a través del sitio web PubMed y el motor de búsqueda Google Académico. Se emplearon como palabras clave: dolor, manejo del dolor, evaluación del dolor, psicología del dolor, dolor en hematología, dolor en drepanocitosis, dolor en hemofilia, dolor en leucemia. La búsqueda realizada no discriminó los artículos por orden cronológico. Por último, se realizó un análisis y resumen de la bibliografía revisada.

Análisis y síntesis de la información

Dolor y hematología

Las personas con hemofilia sufren de dolor debido a complicaciones clínicas propias de la enfermedad. Las hemorragias articulares son unas de las más frecuentes y a menudo resultan en dolor agudo o crónico.^(3,4,5) Estas personas experimentan dolor agudo durante las hemorragias articulares espontáneas (hemartrosis), que pueden causar acumulación de sangre intrarticular, que provoca hinchazón, movilidad reducida y dolor agudo grave. Igualmente, pueden desarrollar dolor crónico debido a la degeneración articular producida por la hemartrosis repetida, que contribuye progresivamente a la degeneración articular irreversible y al desarrollo posterior de la artropatía hemofílica crónica, caracterizada por la deformidad articular y la discapacidad, entre otras manifestaciones.^(5,6,7)

Asimismo, el dolor es la razón principal por la cual las personas con drepanocitosis interactúan con el sistema de salud. En términos generales, existen dos tipos de dolor en esta enfermedad: dolor vasoclusivo (o crisis dolorosa por vasoclusión) y dolor crónico causado por una acumulación de daño de órganos y tejidos a lo largo del tiempo.⁽⁸⁾

En esta enfermedad, el dolor asociado a las crisis vasoclusivas es impredecible y varía en intensidad, duración y localización de acuerdo a la edad del paciente, el genotipo y la gravedad de la enfermedad. Las crisis vasoclusivas se manifiestan con un inicio abrupto de dolor intenso y debilitante en cualquier parte del cuerpo. Los desencadenantes incluyen enfermedades, deshidratación, temperaturas bajas, mayor velocidad del viento y mayor presión barométrica, aunque puede que no se produzca ningún factor precipitante y las crisis dolorosas comiencen abruptamente, sin previo aviso. Estas crisis aumentan en número, duración e intensidad a medida que los pacientes envejecen, y mientras más frecuentes son las crisis dolorosas más alta es la tasa de mortalidad.^(9,10)

En el caso de las leucemias, estas no presentan al dolor como uno de sus principales síntomas, en comparación con otros tipos de cáncer en los que sí está presente de forma significativa en los pacientes que los padecen. Las personas con leucemia generalmente experimentan dolor durante el primer año después de diagnosticada la enfermedad, debido al propio proceso leucémico, el método utilizado para su tratamiento y los procedimientos empleados para su diagnóstico.⁽¹¹⁾ Los métodos utilizados en los tratamientos de la leucemia, como la quimioterapia y la radioterapia, pueden provocar dolor neuropático, muscular y de las articulaciones.^(12,13)

El dolor para las personas con enfermedades hematológicas, además de que implica una sensación desagradable, también afecta su funcionamiento a nivel psicológico, conductual y social.

Dolor desde la Psicología

Las aproximaciones de la Psicología al estudio del dolor comenzaron a ganar popularidad en los años 60 del siglo pasado, a partir de la aparición de la “teoría de la compuerta” de Melzack y Wall, a la que le siguió la teoría de la neuromatriz del dolor.⁽¹⁴⁾ Ambas teorías exponen que los procesos psicológicos y fisiológicos interactúan de forma tal que afecta la percepción, transmisión y evaluación del dolor, así como la influencia de estos procesos en el mantenimiento de la cronicidad y su prolongación.^(14,15)

Parece lógico pensar que el padecer dolor afecta al paciente en varias de sus áreas de funcionamiento, como sus relaciones sociales, sus actividades laborales o académicas,

además de las alteraciones psicológicas que conducen a la aparición de signos de ansiedad, depresión o estrés. No obstante, se ha valorado la idea de que estos criterios no solo son consecuencia del padecimiento del dolor, sino que pueden ser factores que influyan e incluso lleguen a determinar su origen, curso e intensidad.⁽¹⁶⁾

Se han definido cinco aspectos psicosociales fundamentales que influyen en la experiencia de dolor y constituyen factores de riesgo para su cronificación;⁽¹⁶⁾ estos son: los factores emocionales, cognitivos, conductuales, sociales y los traumas previos.

Factores emocionales

Aquí se incluyen, desde las emociones negativas que aumentan la intensidad del dolor, como el miedo, hasta los estados anímicos patológicos como la ansiedad, la depresión y el estrés psicológico. La condición psiquiátrica que se diagnostica con más frecuencia entre los pacientes con dolor es la depresión, aunque la ansiedad, la somatización y la dependencia de las drogas también son bastante comunes.^(5,17,18,19) La ira también ha sido reconocida como una importante emoción vinculada al dolor.⁽²⁰⁾

Factores cognitivos

Estos están relacionados con las creencias, actitudes, juicios, expectativas y representaciones que el paciente posee acerca de su propia experiencia dolorosa.^(5,16,18,19,21,22) Cuando estos aspectos son de carácter positivo y orientan al sujeto hacia la realización de conductas adaptativas (como las creencias de autoeficacia), entonces ayudan a la disminución de la intensidad del dolor. Sin embargo, si el sujeto posee creencias negativas caracterizadas por la negación o la pasividad, la intensidad del dolor puede aumentar. Además, se afectan en consecuencia la adherencia al tratamiento, la asistencia a las instituciones de salud y las expectativas de recuperación.^(17,21)

Los pensamientos comúnmente asociados a la incapacidad que genera el dolor son, entre otros, el temor a moverse o volver a lesionarse, las creencias erróneas que se tienen sobre el dolor, el significado que se le da a los síntomas, la habilidad que consideran los pacientes poseer para controlar el dolor y el impacto que este tiene en su vida diaria.⁽²⁰⁾

Con relación a este tema, las estrategias de afrontamiento son una de las variables más estudiadas en relación al dolor. Fueron definidas por *Lazarus* como la forma en que el sujeto intenta manejar las fuentes de estrés.⁽²³⁾ Diferentes estudios han encontrado relaciones entre el uso de determinadas estrategias y su grado de adaptación al dolor. De forma general, se plantea que las estrategias adaptativas (activas) mantienen una relación positiva con los

índices de funcionamiento físico y psicológico, mientras que existe una relación negativa entre estrategias desadaptativas (pasivas) y el ajuste psicológico.^(18,19,21,22,24)

Los factores emocionales y cognitivos no actúan independientemente, sino que están interrelacionados y ejercen influencia entre ellos. Un ejemplo de esto es la ansiedad como respuesta anticipada ante la experiencia de dolor. Se ha hipotetizado que la atención como proceso cognitivo puede ser una variable mediadora entre la ansiedad y el dolor.^(1,5,18,25) Por otro lado, la utilización de estrategias pasivas (por ejemplo: el rezo, la esperanza de alivio o el pensamiento desiderativo) se han asociado con el aumento de la intensidad del dolor y los índices de depresión. El uso de estrategias activas (como la solución de problemas y la búsqueda de información) correlaciona negativamente con estos aspectos.⁽²⁴⁾

Factores conductuales

Al ser el dolor una experiencia subjetiva, solo se puede determinar su existencia a través del comportamiento del paciente, ya sea mediante el lenguaje verbal o las llamadas “conductas de dolor”, por ejemplo: expresiones verbales, corporales, de reposo, la evitación de movimientos o búsqueda de atención médica.^(5,16,18,19,21)

La mayoría de estas conductas son aprendidas, al igual que las respuestas emocionales y cognitivas mencionadas anteriormente, y el comportamiento es el resultado de esta unidad cognitivo-afectiva.⁽¹⁸⁾ Es decir, la persona con dolor repetirá una y otra vez las conductas que en un momento le resultaron exitosas para experimentar un sentimiento de bienestar. No obstante, se conoce que las acciones que pueden ser beneficiosas a corto plazo, pueden llegar a ser perjudiciales si se mantienen por un tiempo prolongado,⁽²⁶⁾ por ejemplo, el abandono de la actividad física y el consumo, a veces sin prescripción, de determinados fármacos.

Las conductas de dolor son expresiones funcionales que informan acerca de la intensidad, localización, extensión y dinámica de este; además, comunican sobre las necesidades, creencias y actitudes de los pacientes. En este sentido, la mayoría de las veces son de valor para el diagnóstico y evaluación integral del dolor.⁽¹⁶⁾

Contexto e interrelaciones sociales

Actualmente se investigan aspectos relacionados con la comunicación emocional entre el paciente, su familia y los profesionales de la salud con los que interactúan. En este sentido, se han estudiado la empatía interpersonal y el apego, como factores sociales que influyen en la experiencia de dolor.^(16,18,19)

También se ha trabajado la influencia de los profesionales de la salud que interactúan con los pacientes con dolor. Se plantea que aquellos que expresan confianza y calman a sus pacientes con relación a su condición pueden reducir sus preocupaciones a corto plazo, lo que mejora la aceptación y compromiso con el tratamiento. Sin embargo, se desconoce el efecto a largo plazo.⁽¹⁶⁾

Aunque las conductas de dolor sean generalmente de valor para su diagnóstico y atención, estas pueden no ser tan fidedignas en dependencia del carácter de las relaciones del paciente con sus familiares o cuidadores. Muchas veces el paciente magnifica o minimiza sus síntomas para obtener ganancias secundarias. Se ha estudiado que cuando la familia u otras personas que asisten al paciente se muestran sobreprotectores o críticos en exceso, los pacientes experimentan más dolor, se sienten más estresados y señalan altos niveles de incapacidad física.^(16,18,19,27)

Traumas previos

Las experiencias traumáticas previas también pueden favorecer la prolongación temporal de la experiencia dolorosa. Algunas propuestas psicosociales plantean que el abuso físico o sexual está asociado con pensamientos y estilos de afrontamientos negativos. Además, la existencia de redes sociales débiles puede llegar a aumentar la vulnerabilidad al estrés de la persona y como consecuencia, provocar que el sujeto experimente mayor dolor. No obstante, la naturaleza de la relación entre dolor y abuso aún no está clara.^(16,19)

El dolor en las enfermedades hematológicas: papel de lo psicológico

A partir de este análisis, se ha reconocido al dolor como uno de los principales factores que afectan la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con enfermedades hematológicas, tanto niños como adultos. En pacientes con hemofilia se ha comprobado que el dolor puede ser la causa de alteraciones en la calidad del sueño, estrés psicológico, así como de problemas y deterioro en las relaciones sociales.^(17,27,28) También el desempleo, la ansiedad y la depresión se han asociado con mayor dolor y discapacidad funcional en esta enfermedad.^(5,7, 21,29)

El dolor asociado a la drepanocitosis puede afectar el ajuste psicológico de los niños, así como su rendimiento académico y su funcionamiento interpersonal. De igual forma, variables psicológicas como el estrés y estilos de afrontamiento negativos se han relacionado con un mayor uso de fármacos analgésicos (opioides) por parte de los pacientes con esta enfermedad. Además, altas cargas psicósomáticas se asocian a mayor experiencia

de dolor no relacionado a crisis dolorosas, y correlacionan positivamente con depresión, ansiedad y peor calidad de vida.^(10,30,31,32,33)

Desde el punto de vista psicológico, de forma general, factores de riesgo como la adversidad social, la depresión y el estrés se han asociado con la progresión del cáncer y mayor sensación de dolor.⁽³⁴⁾ En el caso de los pacientes con leucemia, el dolor puede provocar sentimientos negativos que afecten el curso de la recuperación. Igualmente, puede causar dificultades físicas, emocionales y sociales, tanto para los pacientes como para sus familiares, y afecta también sus relaciones interpersonales y sus actividades diarias.^(13,35) Los métodos utilizados para el tratamiento de la leucemia, como las punciones lumbares y las aspiraciones de médula ósea, a menudo son experimentados por los pacientes y familiares como más angustiantes que la enfermedad misma. En relación con este tema, en los casos de leucemia infantil, la angustia, el catastrofismo y la sobreprotección de los padres se han asociado con mayor percepción de dolor y angustia por parte de los niños después de estos procedimientos.⁽³⁶⁾

La atención al dolor: papel de la subjetividad

De forma general, en el tratamiento del dolor, el método farmacológico es el más utilizado en personas con enfermedades hematológicas. Sin embargo, los pacientes con hemofilia, perciben además, que experimentar dolor puede llegar a comprometer su salud mental, debido a las limitaciones de la vida diaria que implican los síntomas de esta enfermedad.⁽³⁷⁾ Asimismo, en los pacientes con drepanocitosis, las crisis vasoclusivas constituyen un factor importante en la disminución de la calidad de vida en niños, adolescentes y adultos con esta enfermedad.⁽³⁸⁾ Por lo tanto, el manejo del dolor en estas enfermedades debe ser multidimensional e incluir estrategias farmacológicas, físicas y psicológicas, para otorgar bienestar al paciente.

Como bien reflejan *Ruvalcaba y Domínguez*, el tipo de terapia que ha demostrado ser más efectiva en el tratamiento del dolor, es aquella que involucra a diferentes especialistas, en el marco de una atención integral y multidisciplinaria.^(20,38) Al evaluar la intensidad del dolor, se puede comprobar la efectividad de un tratamiento, pero si además se valoran otros elementos como emociones, experiencias o conductas asociadas a este fenómeno, se puede ayudar al paciente en el enfrentamiento al dolor.

Ser consecuente con esta idea implica orientar el manejo del dolor hacia la consideración de otros aspectos que van más allá de indagar sobre su localización, distribución, duración, periodicidad o cualidad. En los pacientes con enfermedades hematológicas, generalmente,

aparecen muchos antecedentes de episodios dolorosos y, también, presentan una serie de conductas, creencias, experiencias y emociones aprendidas asociadas a este fenómeno. Brindarles herramientas para lograr adecuar estos factores a la adopción de actitudes y estrategias favorables para su calidad de vida y bienestar psicológico, es uno de los objetivos de la atención integral del dolor en este tipo de pacientes.

Explorar cuáles de estos factores pueden estar afectando la percepción del dolor es una de las tareas en la atención integral del dolor en pacientes con enfermedades hematológicas. A continuación, se presentan algunos cuestionarios de evaluación del dolor muy utilizados en la práctica clínica que exploran varios aspectos y dan una idea más global de este fenómeno. Instrumentos multidimensionales como el Cuestionario de Dolor de McGill, el Test de Lattinen y el Cuestionario Breve del Dolor (*Brief Pain Questionnaire-BPQ*), exploran aspectos sensoriales, afectivos y evaluativos del dolor, su impacto en las actividades de la vida del paciente, así como algunas variables relacionadas con la calidad de vida.^(39,40)

El Cuestionario de Afrontamiento al Dolor (CAD), elaborado por Soriano y Monsalve,⁽²⁴⁾ explora las estrategias de afrontamiento asociadas a la experiencia de dolor. Otros cuestionarios orientados a la evaluación de esta variable son: la Lista de Modos de Afrontamiento (*Ways of Coping Checklist-WCC*), el Inventario de Manejo del Dolor de Vanderbilt (*Vanderbilt Pain Management Inventory-VPMI*), la Escala de Autoafirmaciones Relacionadas al Dolor (*Pain Related Self Statements Scale-PRSS*) y el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (*Coping Strategies Questionnaire-CSQ*). Todos ellos pretenden estudiar la manera en que los sujetos enfrentan la situación de dolor para lograr un mayor control sobre este.

Existen otros cuestionarios que incluyen la evaluación de aspectos emocionales específicos u otros conceptos psicológicos como son la ansiedad, la depresión, el manejo del estrés, el locus de control, los miedos o ideas irracionales, entre otras variables.

Atención psicológica al dolor. Entrenamiento para su enfrentamiento

Los pacientes con hemofilia y drepanocitosis experimentan dolor de forma recurrente, por lo que sería útil para ellos participar en entrenamientos que los ayuden a crear estrategias eficaces para el enfrentamiento del episodio de dolor.

Se han propuesto algunos métodos de atención de los pacientes aquejados de dolor. Entre los que han demostrado mayor efectividad se encuentran los métodos cognitivo-conductuales, las técnicas de biorretroalimentación y los ejercicios de estiramientos o yoga.

Los métodos cognitivos-conductuales han proporcionado abundante evidencia para el manejo de las condiciones en el caso del dolor. Estos métodos se basan en la idea de que las respuestas cognitivas y conductuales no adaptativas al dolor deben reemplazarse con habilidades de afrontamiento más saludables mediante el uso de la reestructuración cognitiva, la activación conductual, el establecimiento de objetivos y la relajación.^(17,21)

A continuación, se enuncian algunos de los métodos más utilizados:

- La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es una de las que se usa con más frecuencia en los pacientes que experimentan dolor. Su objetivo principal es estimular la modificación de elementos cognitivos desfavorables, como pensamientos y creencias negativas y también conductas que tienden a aumentar la intensidad del dolor, así como buscar una reorientación hacia consideraciones alternativas más apropiadas para la interpretación del dolor.^(16,21,22)
- El modelo de tratamiento conocido como *Mindfulness* se basa en la reducción del estrés. Este término se considera como “la capacidad de poner atención plena sobre una experiencia, en el momento presente, con flexibilidad y sin enjuiciamiento”.⁽¹⁶⁾ El objetivo principal es lograr en los pacientes la conciencia de las sensaciones somáticas dentro del cuerpo, sin juicio ni carga emocional. A través de la meditación, los individuos pueden aprender a reconocer su dolor sin juzgarlo, el proceso puede reducir la angustia,⁽¹⁷⁾ con lo cual se espera minimizar las respuestas automáticas inadecuadas de afrontamiento.
- La Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC) es una forma más novedosa de TCC, pero, al contrario de esta, se centra en reconocer y aceptar eventos mentales, en lugar de cambiarlos. Al aprender a ser conscientes de sus pensamientos y emociones, los individuos modifican indirectamente el comportamiento pues aprender a aceptar determinadas sensaciones que pueden ser consideradas como inadecuadas.^(17,19)

Las técnicas de biorretroalimentación involucran el uso de sensores para monitorear varios procesos fisiológicos como la frecuencia cardíaca, la respiración, la temperatura, las ondas cerebrales y el llamado reflejo psicogalvánico. El paciente recibe retroalimentación visual, auditiva, o ambas, con respecto al funcionamiento de sus procesos y, al ser consciente de las medidas de los cambios fisiológicos en su cuerpo, puede aprender más fácilmente a ponerlos bajo control voluntario, generalmente a través de la relajación.⁽¹⁷⁾

Esta técnica se ha usado exitosamente como complemento o alternativa a la medicación cuando esta no se recomienda (por ejemplo: mujeres embarazadas, niños y adolescentes o pacientes sensibles al uso excesivo de medicamentos).⁽¹⁷⁾

Los ejercicios como estiramientos y el yoga también han resultado ser una práctica muy efectiva para el entrenamiento de afrontamiento al dolor. Los métodos mencionados anteriormente no contribuyen directamente al aumento de la actividad física en los pacientes que han padecido dolor durante un periodo prolongado. Se ha comprobado que actividades como el yoga contribuyen al mejoramiento del ritmo cardiaco y respiratorio. Además, si el paciente realiza ejercicios en la medida de sus posibilidades puede corregir ideas erróneas sobre la discapacidad asociada al dolor, así como mejorar su autoeficacia.⁽¹⁷⁾

Existe evidencia reciente que indica que las técnicas de sugestión e hipnosis pueden resultar muy útiles en el manejo del dolor. En muchos países, incluyendo Cuba, se aboga por la inclusión de la hipnosis en el sistema de salud para el tratamiento de diversas entidades como el dolor.^(22,41,42,43) Técnicas de relajación, como el entrenamiento autógeno de Schultz también han sido muy utilizadas en el abordaje del dolor como síntoma de muchas afecciones.⁽⁴⁴⁾

De forma general, el dolor es un fenómeno complejo que involucra diversas variables y factores en su funcionamiento. En este artículo se mostraron los aspectos más relevantes del tema con el objetivo de ilustrar el carácter multifacético esta experiencia subjetiva. El hecho de que los determinantes y mecanismos del dolor sean diversos, necesariamente implica que los profesionales que se enfrenten a este fenómeno lo hagan con un enfoque integral. Se debe ayudar a los pacientes a desarrollar una conciencia de sí mismos acerca de los efectos de la enfermedad que padecen y los síntomas del dolor, guiarlos en la comprensión de qué factores tienden a contribuir en ocasiones a su magnificación, así como a crear estrategias que les ayuden a minimizar la exposición a estos factores, además de orientarlos para que sean capaces de desarrollar un método personal que les ayude a lidiar con el dolor y sepan cómo minimizar el estrés psicológico.

Referencias bibliográficas

1. Martin MC. La evaluación psicológica del dolor crónico. Estrategias para nuestro medio [tesis doctoral]. La Habana: Instituto Nacional de Angiología y Cirugía Vascular, Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; 2002.

2. López Timoneda F. Definición y Clasificación del dolor. Clínicas Urológicas de la Complutense. Rev UCM.1996;4:49-55.
3. Batt K, Boggio L, Neff A, Buckner TW, Wang M, Quon D, et al. Patient- reported outcomes and joint status across subgroups of US adults with hemophilia with varying characteristics: Results from the Pain, Functional Impairment, and Quality of Life (P- FiQ) study. Eur J Haematol. 2018;100(Suppl.1):14-24.
4. McLaughlin JM, Lambing A, Witkop ML, Anderson TL, Munn JL, Tortella B. Racial Differences in Chronic Pain and Quality of Life among Adolescents and Young Adults with Moderate or Severe Hemophilia. J Racial Ethnic Health Disparities. 2016;3:11-20.
5. Auerswald G, Dolan G, Duffy A, Hermans C, Jiménez-Yuste V, Ljung R, et al. Pain and pain management in haemophilia. Blood Coagul Fibrinolysis. 2016;27(8):845-54.
6. Paredes AC, Costa P, Almeida A, Pinto PR. A new measure to assess pain in people with haemophilia: The Multidimensional Haemophilia Pain Questionnaire (MHPQ). PLoS One. 2018;13(11):e0207939.
7. Forsyth AL, Witkop M, Lambing A, Garrido C, Dunn S, Cooper DL, et al. Associations of quality of life, pain, and self-reported arthritis with age, employment, bleed rate, and utilization of hemophilia treatment center and health care provider services: results in adults with hemophilia in the HERO study. Patient Prefer Adherence. 2015;9:1549-60.
8. Kanter J. Challenges to management of pain in sickle cell disease. Thal Rep. 2018Apr19;8(1):7482. doi:10.4081/thal.2018.7482.
9. Brandow AM, Zappia KJ, Stucky CL. Sickle cell disease: a natural model of acute and chronic pain. Pain. 2017 Apr;158(Suppl 1):S79-S84. doi:10.1097/j.pain.0000000000000824.
10. Bakshi N, Lukombo I, Shnol H, Belfer I, Krishnamurti L. Psychological Characteristics and Pain Frequency Are Associated With Experimental Pain Sensitivity in Pediatric Patients With Sickle Cell Disease. J Pain. 2017 Oct;18(10):1216-28.
11. Van Cleve L, Bossert E, Beecroft P, Adlard K, Alvarez O, Savedra MC. The Pain Experience of Children with Leukemia During the First Year After Diagnosis. Nurs Res. 2004;53(1):1-10.
12. Anghelescu DL, Faughnan LG, Jeha S, Relling MV, Hinds PS, Sandlund JT, et al. Neuropathic Pain During Treatment for Childhood Acute Lymphoblastic Leukemia. Pediatr Blood Cancer. 2011;57:1147-53.
13. Miladinia M, Baraz S, Shariati A, Malehi AS, Amadzadeh, A. Relationship Between Chronic Pain and Quality of Life in Patients with Acute Leukemia Undergoing

- Chemotherapy. Jundishapur J Chronic Dis Care. 2015 July;4(3):e27823. doi: 10.5812/jjcdc.27823v2.
14. Acevedo González JC, Ronald Melzack and Patrick Wall. La teoría de la compuerta. Más allá del concepto científico dos universos científicos dedicados al entendimiento del dolor. Rev Soc Esp Dolor. 2013;20(4):191-202.
15. Roditi D, Robinson ME. The role of psychological interventions in the management of patients with chronic pain. Psychol Res Behavior Management. 2011;4:41-9. doi: 10.2147/PRBM.S15375.
16. González M. Dolor Crónico y Psicología: Actualización. Rev Med Clin Condes. 2014;25(4):610-7.
17. Kaiser RS, Mooreville M, Kannan K. Psychological Interventions for the Management of Chronic Pain: A Review of Current Evidence. Curr Pain Headache Rep. 2015;19:43-51. doi: 10.1007/s11916-015-0517-9.
18. Hansen GR, Streltzer J. The Psychology of Pain. Emerg Med Clin N Am. 2005;23:339-48. doi:10.1016/j.emc.2004.12.005
19. Morley S. Psychology of pain. Br J Anaesth. 2008;101(1):25-31. doi:10.1093/bja/aen123.
20. Ruvalcaba Palacios G, Domínguez Trejo B. La terapia psicológica del dolor crónico. Psicología y Salud. 2009;19(2):247-52.
21. Carlson A. Cognitive Behavioral Techniques in Pediatric Pain Management [tesis]. Minnesota: Augsburg University; 2018.
22. Ribeiro Pinto P, Paredes AC, Costa P, Carvalho M, Lopes M, Fernandes S, et al. Effectiveness of two psychological interventions for pain management, emotional regulation and promotion of quality of life among adult Portuguese men with haemophilia (PSY-HaEMOPEQ): study protocol for a single-centre prospective randomised controlled trial. BMJ Open. 2017;7:e016973. doi:10.1136/bmjopen-2017-016973.
23. Lazarus R, Folkman S. Stress, appraisal and coping, New York: Springer; 1984.
24. Soriano J, Monsalve V. CAD: Cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico. Rev Soc Esp Dolor. 2002;9(1):13-22.
25. Legrain V, Mancini F, Sambo CF, Torta DM, Ronga I, Valentini E. Cognitive aspects of nociception and pain. Bridging neurophysiology with cognitive psychology. Clin Neurophysiol. 2012;42:325-36
26. Casanova Menal I. Evaluación de la efectividad de un tratamiento cognitivo conductual en un caso de dolor crónico. Rev Casos Clín Salud Mental. 2016;2:121-51.

27. Snippen NC, de Vries HJ, van der Burg-Vermeulen SJ, Hagedoorn M, Brouwer S. Influence of significant others on work participation of individuals with chronic diseases: a systematic review. *BMJ Open*. 2019;9:e021742. doi:10.1136/bmjopen-2018-021742
28. Rambod M, Sharif F, Molazem Z, Khair K. Pain Experience in Hemophilia Patients: A Hermeneutic Phenomenological Study. *IJCBNM*. 2016 Oct;4(4):309-19.
29. Kempton CL, Buckner TW, Fridman M, Iyer NN, Cooper DL. Factors associated with pain severity, pain interference, and perception of functional abilities independent of joint status in US adults with hemophilia: Multivariable analysis of the Pain, Functional Impairment, and Quality of Life (P-FiQ) study. *Eur J Haematol*. 2018;100(Suppl. 1):25-33.
30. McClish DK, Smith WR, Levenson JL, Aisiku IP, Roberts JD, Roseff SD, et al. Comorbidity, Pain, Utilization, and Psychosocial Outcomes in Older versus Younger Sickle Cell Adults: The PiSCES Project. *BioMed Res Int*. 2017 Mar;2017(9):1-10.
31. Smith WR, McClish DK, Dahman BA, Levenson JL, Aisiku IP, de A Citero V, et al. Daily home opioid use in adults with sickle cell disease: The PiSCES project. *J Opioid Manag*. 2015 May-Jun;11(3):243-53. doi: 10.5055/jom.2015.0273.
32. Sogutlu A, Levenson JL, McClish DK, Roseff SD, Smith WR. Somatic Symptom Burden in Adults with Sickle Cell Disease Predicts Pain, Depression, Anxiety, Health Care Utilization, and Quality of Life: The PiSCES Project. *Psychosomatics*. 2011;52(3):272-9.
33. Levenson JL, McClish DK, Dahman BA, Bovbjerg VE, de A Citero V, Penberthy LT, et al. Depression and Anxiety in Adults With Sickle Cell Disease: The PiSCES Project. *Psychosom Med*. 2008 Feb-Mar;70(2):192-6. doi: 10.1097/PSY.0b013e31815ff5c5.
34. Lutgendorf SK, Sood AK. Biobehavioral Factors and Cancer Progression: Physiological Pathways and Mechanisms. *Psychosom Med*. 2011;73(9):724-30. doi:10.1097/PSY.0b013e318235be76.
35. Gedaly-Duff V, Lee KA, Nail LM, Nicholson HS, Johnson KP. Pain, Sleep Disturbance, and Fatigue in Children with Leukemia and Their Parents: A Pilot Study. *Oncol Nursing Forum*. 2006 May;33(3):641-6.
36. Caes L, Vervoort T, Devos P, Verlooy J, Benoit Y, Goubert L. Parental Distress and Catastrophic Thoughts About Child Pain: Implications for Parental Protective Behavior in the Context of Child Leukemia-related Medical Procedures. *Clin J Pain*. 2014 Sep;30(9):787-99. doi: 10.1097/AJP.0000000000000028
37. Rodriguez-Merchan EC. Treatment of Chronic Articular Pain in Adult People with Hemophilia. *Cardiovascular Haematological Disorders - Drug Targets*. 2018 Dec;18(3):182-6.

38. Wilson BH, Nelson J. Sickle cell disease pain management in adolescents: a literature review. *Pain Manag Nurs*. 2015 Apr;16(2):146-51. doi: 10.1016/j.pmn.2014.05.015.
39. Cid, J. ¿Qué y cómo evaluar al paciente con dolor crónico? Evaluación del paciente con dolor crónico. *Rev Med Clin Condes*. 2014;25(4):687-97.
40. Cátedra Extraordinaria del Dolor. Fundación GRÜNENTHAL de la Universidad de Salamanca. Evaluación y Diagnóstico del Dolor. Actas de la Reunión de expertos, 2007 Oct 22-23, Salamanca, España. Salamanca: GRÜNENTHAL; 2007.
41. Lorenzo L, González H, Calero A, Miguel R. El empleo de la hipnosis en el manejo del dolor del parto: un caso clínico. *Rev Casos Clín Salud Mental*. 2016;1:33-57.
42. Quintana M, Rodríguez L, Águila D, Torres CM, Santiesteban DM. Actitud de psicólogos asistenciales del municipio Santa Clara en relación con la hipnosis como recurso terapéutico. *Rev Cub Salud Pública*. 2018;44(4):73-83.
43. Jensen MP, Day MA, Miró J. Neuromodulatory treatments for chronic pain: efficacy and mechanisms. *Nat Rev Neurol*. 2014 Mar;10(3):167-78. doi: 10.1038/nrneurol.
44. Álvarez-Melcón AC, Valero-Alcaide R, Atín-Arratibel MA, Melcón-ÁlvarezA, Beneit-Montesinos JV. Efectos de entrenamiento físico específico y técnicas de relajación sobre los parámetros dolorosos de la cefalea tensional en estudiantes universitarios: un ensayo clínico controlado y aleatorizado. *Neurología*. 2018;33(4):233-43.
45. Howard J, Telfer P. *Sickle Cell Disease in Clinical Practice*. London: Springer-Verlag; 2015.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

- Patricia Zaneti Díaz: Hizo aportaciones importantes a la concepción de la idea, la selección de la bibliografía utilizada, la redacción del manuscrito, la revisión crítica de su contenido intelectual y la aprobación final de la versión que va a publicarse.
- Raúl Martínez Triana: Hizo aportaciones importantes a la concepción de la idea y diseño del manuscrito, la revisión crítica de su contenido intelectual y a la aprobación final de la versión que va a publicarse.
- Dunia Castillo González: Hizo aportaciones importantes a la revisión crítica del manuscrito y a la aprobación de la versión final.