



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2013/14

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Revisión bibliográfica.

“El papel de la Enfermería en el manejo del dolor”

Autor/a: Alina Carnero Quintana

Tutor/a: Pedro Martín Villamor

Resumen

El dolor crónico se ha convertido en una de las mayores amenazas de la población mundial, ya que más allá de ser un síntoma se considera una enfermedad que engloba varias esferas de la vida del paciente.

Siempre asociamos dolor, con el consumo de analgésicos, sin embargo, no se limita solo a eso, sino que el manejo y tratamiento del dolor, es algo mucho más amplio que incluye tanto los aspectos físicos como los psicológicos y sociales de la persona.

El profesional de Enfermería, con la responsabilidad de evaluar el bienestar físico y psicológico del paciente y de valorar la respuesta al tratamiento, tiene un papel crucial en el control y manejo del dolor, mediante la elaboración de planes de cuidados que incluyan intervenciones no farmacológicas que favorezcan el alivio del dolor como son la comunicación, la empatía, o la educación sanitaria.

Hoy en día existe una amplia variedad de técnicas que ayudan a paliar el dolor como son la iontoforesis, los parches de Qutenza® o los equipos de electroestimulación.

El personal de enfermería mediante la utilización de entrevistas personales, el uso de escalas de medición del dolor, el empleo de técnicas de tratamiento, el abordaje psicosocial y la educación sanitaria, se encargará de proporcionar un alivio integral en aquellas personas que padecen dolor crónico.

Palabras clave

Chronic pain, pain assesment, nurse care, relief pain

Índice

<i>Introducción</i>	<i>1</i>
<i>Objetivos</i>	<i>3</i>
<i>Desarrollo del tema</i>	<i>3</i>
<i>Escalas de valoración del dolor</i>	<i>7</i>
<i>La enfermera en la Unidad del Dolor</i>	<i>10</i>
<i>Valoración inicial del paciente</i>	<i>11</i>
<i>Abordaje psicológico</i>	<i>11</i>
<i>Técnicas para el manejo del dolor</i>	<i>13</i>
<i>1. Iontoforesis</i>	<i>13</i>
<i>2. Parches de qutenza®</i>	<i>16</i>
<i>3. Equipos de electroestimulación</i>	<i>18</i>
<i>Conclusiones</i>	<i>22</i>
<i>Bibliografía</i>	<i>24</i>

ANEXOS

Introducción

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define el dolor como “aquella experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular presente o potencial, o descrita en términos de tal daño” (1).

La misma organización, con respaldo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Europea de Secciones de la (IASP), (EFIC), considera el dolor crónico como la mayor amenaza para la calidad de vida a nivel mundial, amenaza que va creciendo de forma paralela al aumento de la esperanza de vida (2) El dolor crónico constituye, sin duda, la forma de dolor con mayores repercusiones sobre el individuo, por el grave deterioro de su calidad de vida; y sobre la sociedad, por los gravosos costes que supone. En los últimos años se ha convertido en el síntoma acompañante que con mayor frecuencia lleva a la población a la consulta médica, convirtiéndose en uno de los principales problemas de salud pública (4), ya que no sólo supone los gastos de hospitalización, consultas, analíticas, pruebas diagnosticas, etc., sino también por los gastos que generan las bajas laborales, la disminución del rendimiento laboral o la pérdida de capacidad productiva.

Según el estudio de M. J. Rodríguez “*Valoración de la actitud terapéutica ante el paciente con dolor crónico en las Unidades de Dolor en España. Estudio STEP*” donde analiza pacientes que acuden a Unidades del dolor españolas: el 30% de los pacientes han estado en algún momento de su vida laboral de baja como consecuencia del dolor, del mismo modo el 11% del total de los pacientes han necesitado ser hospitalizados por el mismo motivo durante los últimos seis meses, con un tiempo medio de hospitalización de 12 días. Igualmente, el 26% de los pacientes estudiados han tenido que recurrir a los Servicios de Urgencias como consecuencia del dolor, con un número medio de 3 visitas por paciente (6).

El dolor se caracteriza por la complejidad, la subjetividad y la multidimensionalidad. Incluye aspectos psicológicos y sociales de la vida del individuo, y no puede ser considerado como un fenómeno puramente físico (3). Es un síntoma que expresa la persona o el paciente como algo desagradable, a veces tanto, que se convierte en un enorme sufrimiento difícil de convivir con el. En la mayoría de las ocasiones el síntoma dolor está relacionado con una lesión o enfermedad. No obstante, el dolor como síntoma

que expresa el paciente es el resultado de un proceso “elaborado y complejo” propio de cada persona, variable en el tiempo, y que puede aumentar o disminuir por diferentes motivos como: el estado de ánimo, su actividad física o incluso por otras experiencias vividas con anterioridad. Todo esto nos puede hacer entender la dificultad que entraña en muchas ocasiones el tratamiento del dolor crónico (4).

El alivio del dolor y la promoción de la comodidad son las intervenciones esenciales que involucran, además de los conocimientos científicos y habilidades técnicas, cuestiones éticas y humanitarias en la práctica de enfermería. La importancia de estudiar el dolor se fundamenta en el hecho de que la sensación crea estrés, sufrimiento y malestar para el paciente y su familia (3). Además interfiere directamente en las actividades de la vida diaria del enfermo provocando trastornos del sueño, cambios en la actividad mental, pérdida de apetito, deterioro de la actividad social, etc.

Para un adecuado manejo y tratamiento del dolor, es necesario su evaluación y cuantificación al igual que se hace con otros síntomas o signos clínicos. Su cuantificación debe realizarse mediante el uso de escalas, de las cuales hay una gran variedad. La Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud (JCAHO), establece que la evaluación del dolor debe llevarse a cabo como un quinto signo vital al igual que se evalúa la temperatura corporal, el pulso, la presión sanguínea y la frecuencia respiratoria (3).

Para el tratamiento y el manejo del dolor surgieron las Unidades o Clínicas del Dolor, donde tratan el síntoma dolor de una forma más específica, como una entidad propia y no como algo acompañante a una enfermedad. Podemos decir que son unidades especializadas en el diagnóstico y tratamiento del dolor, donde médicos y enfermeros con conocimientos específicos y experiencia estudian y valoran en una amplia dimensión los problemas del dolor rebelde y plantean la estrategia a seguir en cada caso (4).

Objetivos

Este trabajo, mediante una adecuada revisión bibliográfica y la visita a la Unidad del Dolor de los hospitales de Valladolid, pretende los siguientes objetivos:

Objetivo principal:

- Describir el papel de la enfermería en el manejo del dolor proponiendo intervenciones para un abordaje integral en el tratamiento del paciente.

Objetivos secundarios:

- Revisar estrategias de cuantificación y evaluación del dolor.
- Describir las diferentes técnicas utilizadas en el manejo del dolor crónico y las intervenciones de enfermería que hay que llevar a cabo.
- Comprobar si existen datos de la eficacia de dichas técnicas.

Desarrollo del tema

El dolor se puede clasificar de varias formas, pero por lo general, se clasifica en dolor agudo y dolor crónico. Este tipo de clasificación suele atender a su duración sin embargo entre ambos hay diferencias más allá de la temporalidad.

El dolor agudo es la consecuencia inmediata de la activación de los sistemas nociceptivos por una noxa, es decir cualquier agente perjudicial para el organismo. Se trata de una sensación de naturaleza nociceptiva y aparece por la estimulación química, mecánica o térmica de receptores específicos (nociceptores). Tiene función de protección biológica (alarma a nivel del tejido lesionado) y los síntomas psicológicos son escasos y/o limitados a una ansiedad leve.

No suele durar más de lo que tarda en resolverse la lesión o el agente causante, o en todo caso menos de un período establecido entre 3 y 6 meses (4), (3).

El dolor crónico no posee una función protectora, y más que un síntoma se puede considerar una enfermedad (4). Es un dolor persistente que puede perpetuarse por un tiempo prolongado después de una lesión, e incluso en ausencia de ella. Suele ser refractario a los tratamientos y se asocia a importantes síntomas psicológicos.

El dolor crónico se puede clasificar en dolor crónico oncológico o en dolor crónico no oncológico.

El dolor crónico oncológico es aquel que surge en el contexto de una neoplasia. El dolor no oncológico es aquel que no está relacionado con neoplasias y que perdura a lo largo del tiempo de forma continua o de manera intermitente (4), (5).

Dependiendo de la fisiopatología, el dolor se clasifica en nociceptivo, neuropático o psicogénico.

El dolor nociceptivo es la consecuencia ante un estímulo que produce daño o lesión en el organismo. Se debe siempre a la activación de un sistema sensorial encargado de su transmisión, se caracteriza porque la intensidad y la duración es dependiente de la modulación de las señales de lesión tisular a lo largo de la vía nociceptiva, por lo que cuando desaparece la inflamación o la lesión, la intensidad del dolor disminuye (4).

Dentro del dolor nociceptivo se distingue: dolor somático o dolor visceral.

El dolor somático es el que se produce por daño o lesión en piel, tendones, músculos, articulaciones o huesos. Es selectivo y no referido y puede ser superficial o profundo.

El dolor visceral es el que se produce por daño o lesión en los órganos internos. Se desencadena como resultado de una torsión, distensión o contracción de una víscera hueca, o como resultado de una respuesta inflamatoria. Es sordo y mal localizado y suele ir acompañado de náuseas, vómitos, o sudoración profunda.

El dolor neuropático es el resultado de una lesión y/o alteración de la transmisión de la información nociceptiva a nivel del sistema nervioso central o periférico. Se caracteriza por una sensación de quemazo, de corrientes o de agujas que se clavan y la presencia de alodinia, aparición de dolor frente a estímulos no dolorosos. Este tipo de dolor persiste o se intensifica durante semanas, meses o incluso años a pesar de la ausencia de lesión

El dolor psicogénico es un dolor no orgánico que tiene origen psíquico (8), (19).

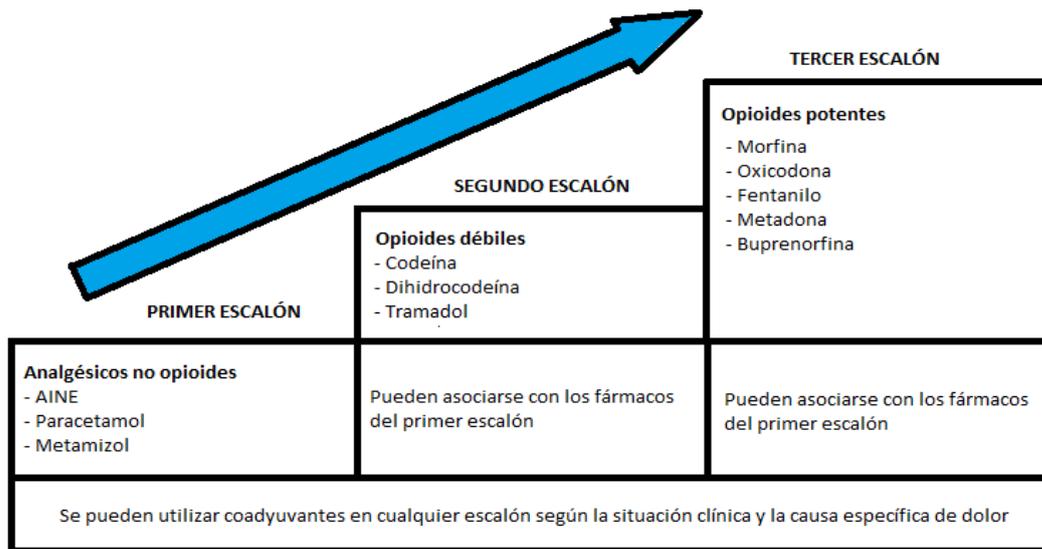
Por último podríamos hacer una clasificación del dolor según su intensidad, y así tendríamos dolores leves, moderados o severos.

Nosotros nos vamos a centrar en el dolor crónico. En la siguiente tabla se recogen las causas más frecuentes de dolor crónico (5)

Dolor musculoesquelético	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor articular (artritis y artrosis) • Dolor del raquis: lumbar, cervical • Dolor muscular (síndromes de dolor miofascial y dolor muscular generalizado) • Dolor oncológico con afectación musculoesquelética
Dolor neuropático	<ul style="list-style-type: none"> • Herpes zoster y neuralgia post-herpética • Neuralgias de nervios periféricos • Neuropatía diabética dolorosa • Síndromes de dolor regional complejo • Dolor por lesión nerviosa • Dolor post-amputación y del miembro fantasma
Dolor mixto o patologías indeterminadas	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor radicular por patología del raquis • Cefaleas crónicas
Dolor crónico visceral	<ul style="list-style-type: none"> • Pancreatitis • Cirrosis
Dolor de origen vascular	<ul style="list-style-type: none"> • Vasculopatías dolorosas • Arteriopatía distal • Arterioesclerosis

Los pacientes que padecen dolor crónico buscan prioritariamente la supresión de éste o en su defecto su alivio. Los tratamientos farmacológicos ocupan un lugar preferente dentro de la actividad terapéutica contra el dolor.

En la década de los 80 la Organización Mundial de la Salud llevó a cabo un programa cuya finalidad última era ordenar el tratamiento del dolor de origen oncológico en todo el mundo, diseñando para ello un método simple, validado y efectivo que asegura un tratamiento razonable para el dolor producido por el cáncer. Así nació la Escalera Analgésica de la OMS, validada de nuevo en el año 1996. Con el paso de los años la utilización de sus normativas se han mostrado tan eficaces en el control del dolor de origen oncológico, que poco a poco su utilización se ha ido aplicando a todo tipo de dolor crónico, incluido el de origen no oncológico (6)



Fuente: Organización Mundial de la Salud (1986)

Los peldaños guían el proceso de selección del fármaco específico para el tipo de dolor en función de la intensidad del mismo.

El primer peldaño de la escalera estaría destinado para paciente con un dolor de leve a moderado, y los fármacos empleados serían los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) o los analgésicos no opioides. Este grupo de fármacos tiene “techo analgésico”, es decir llega un momento en el que aunque se aumente la dosis, no aumenta el alivio del dolor.

Si con la administración correcta de estos fármacos no se obtiene un control adecuado del dolor, se debe pasar al segundo escalón terapéutico iniciando la administración de opioides débiles como el tramadol o la codeína.

Si el dolor es persistente o es de una intensidad severa, debe tratarse con un opioide más potente como la morfina, la oxycodona o el fentanilo y subir por tanto al tercer escalón. Estos fármacos no tienen techo analgésico.

Se pueden usar en cada uno de los escalones fármacos adyuvantes como antidepresivos, anticonvulsivos o corticoides para aumentar la eficacia analgésica o bien para tratar síntomas asociados que exacerban el dolor y así proporcionar una actividad analgésica adicional en los diferentes tipos de dolor.

Algunos autores proponen añadir un cuarto escalón a la escalera analgésica de la OMS en caso de persistencia del dolor a pesar del uso correcto de la escalera, y comprendería

técnicas instrumentales, como la administración epidural de opioides, bloqueos simpáticos y otras técnicas de analgesia quirúrgica (7), (6), (20).

Escalas de valoración del dolor

Para clasificar de algún modo y determinar la intensidad del dolor en los pacientes de manera individualizada, se han ido creando y validando una serie de escalas de medida (ver anexos).

Estas escalas desarrolladas para la evaluación del dolor pueden clasificarse en tres grandes grupos:

1. Métodos verbales o escalas subjetivas.
2. Evaluaciones conductuales o escalas objetivas.
3. Métodos fisiológicos.

Métodos verbales o escalas subjetivas

En los métodos verbales o escalas subjetivas es el propio paciente quién nos informa sobre su dolor. Estas escalas son las que deben utilizarse ya que el dolor es algo subjetivo y nadie sabe mejor que el propio paciente si le duele y cuanto le duele. Pueden ser unidimensionales o multidimensionales (4), (8), (20).

Los modelos unidimensionales miden una sola faceta del dolor, la intensidad. Dentro de las escalas unidimensionales tenemos:

- **Escala verbal simple:** el paciente define su dolor con un adjetivo: ausente, leve, moderado, intenso o insoportable.
- **Escala numérica:** el paciente clasificará su dolor del 0 al 10, siendo 0 “no dolor” y 10 “dolor insoportable.
- **Escala visual analógica (EVA):** consiste en una línea horizontal o vertical de 10 cm de longitud dispuesta entre dos puntos donde figuran las expresiones “no dolor” y “máximo dolor imaginable”. El paciente marcará aquel punto de la línea que mejor refleje el dolor que padece.

En niños o pacientes con dificultades o incapacidad para completar estas escalas como pacientes con deterioro cognitivo, analfabetos o personas muy ancianas, se utilizan otro tipo de escalas:

- **Escala de expresión facial:** conjunto de caras con diferentes expresiones que van desde la alegría, modificándose sucesivamente hacía la tristeza hasta llegar al llanto. A cada una de las caras se les asigna un número del 0 al 5 correspondiendo el 0 a “no dolor” y el 5 a “máximo dolor imaginable”. Se le pide al paciente que señale el rostro que describa mejor como se siente.
- **Escala analógica luminosa:** consiste en un conjunto de colores (blanco, amarillo, naranja, rojo y violeta) dispuestos a lo largo de una línea. Cada color representa un determinado nivel de dolor, que va desde el blanco “no dolor” hasta el violeta “dolor insoportable”. El paciente señalará el color que describa la intensidad de su dolor.
- **Escala de colores:** la intensidad se refleja en una escala que va desde el blanco o rosa claro hasta el rojo.
- **Escalas de grises de Luesher:** es una línea formada por diferentes tonos de grises (del blanco al negro), con diferentes grados de luminosidad y textura. El blanco significa bienestar, es decir “no dolor” y el negro significa “máximo dolor”.

Las escalas multidimensionales evalúan distintos aspectos relacionados con el dolor.

El dolor como efecto multidimensional es el que se conoce como dolor total, porque se tiene en cuenta los factores físicos, psicológicos, sociales y espirituales. Se habla del síndrome del dolor total cuando el dolor se convierte en el centro de la vida, bloquea las relaciones con los demás y amenaza la existencia de la persona que lo padece. (3), (4), (18), (21).

La escala más utilizada para medir el dolor como efecto multidimensional es la **McGill Pain Questionnaire (MPQ) de Melzak**. Esta escala evalúa áreas sensoriales y afectivas aunque no distingue la calidad del dolor. Consiste en presentar al paciente una serie de adjetivos que califican la experiencia dolorosa en las dos dimensiones que la integran: sensorial y emocional; pero además incluye una tercera dimensión que es la evaluativa.

Además de esta escala también se utiliza el **test de Lattinen** que valora de forma numérica diferentes aspectos de dolor.

Por último cabe destacar el **Brief Pain Inventory (BPI)** o el **Cuestionario Breve del Dolor**. Es un instrumento de valoración multidimensional que proporciona información sobre la intensidad el dolor y su interferencia con las actividades de la vida diaria de los pacientes. Además valora la descripción y la localización del dolor y el alivio que proporciona el tratamiento (4), (8), (16), (21).

Dentro de las escalas multidimensionales se encontrarían también los test psicológicos o psicopatológicos (4), (14):

- **Cuestionario de salud general (GHQ) de Goldberg.** Con este instrumento valoraremos la existencia de trastornos psicológicos.
- **Cuestionario de depresión de Beck (BDI).** Consta de 21 preguntas, cada una de las cuales representa una dimensión, permitiendo valorar de forma global y específica: estado de ánimo, pesimismo, fracaso, descontento, sentimiento de culpa, entre otras.
- **Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI) de Spielberger.** El cuestionario STAI comprende escalas separadas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de la ansiedad, como estado (E) y como rasgo (R).
- **Cuestionario de calidad de vida SF-36.** Consta de 36 preguntas que exploran ocho dimensiones del estado de salud: función física, función social, limitaciones del *rol*, problemas emocionales, salud mental, vitalidad, dolor y percepción de la salud general.
- **Cuestionario de los 90 síntomas SCL-90-R de Derogatis.** El cuestionario se evalúa e interpreta en función de nueve dimensiones: somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, y psicoticismo, y de tres índices globales de malestar psicológico.

Evaluaciones conductuales o escalas objetivas.

En esta forma de cuantificación del dolor, es el propio observador quién va a dar un valor a la intensidad de dolor. Para ello tendrá que observar los comportamientos y actitudes que adopta el paciente. Existen numerosas conductas claramente indicadoras de dolor: quejidos, expresión facial, suspiros, posturas corporales, bajo nivel de actividad, etc. Esta forma de evaluación no es muy fiable ya que se pueden producir sesgos si el observador carece de experiencia en la valoración del dolor.

Un ejemplo sería la **Escala de Anderson**, es útil para valorar el dolor cuando no se puede establecer comunicación con el paciente. Valora: ausencia de dolor, ausencia de dolor en reposo o ligero a la movilización o tos, dolor ligero en reposo o moderado a la movilización o tos, dolor moderado en reposo o intenso a la movilización o tos y dolor muy intenso en reposo (8), (4).

Métodos fisiológicos

Consiste en la determinación de respuestas fisiológicas ante el dolor:

- Estudio de respuestas psicofisiológicas del sistema nervioso autónomo.
- Estudio de patrones electromiográficos.
- Potenciales evocados.
- Neurografía percutánea.
- Determinación de péptidos opioides endógenos en LCR, los cuales disminuyen durante el dolor.
- Reflejos nociceptivos de dolor.
- Determinación de catecolaminas, cortisol y ADH.
- Determinación de parámetros respiratorios.

La enfermera en la Unidad del Dolor

La enfermera en la Unidad del dolor lleva a cabo diversas actividades (4), (5):

- Aplica tratamientos por diferentes vías de administración valorando las respuestas de éstos en el paciente.
- Evalúa el dolor que padecen los pacientes para proporcionarles un alivio óptimo con los recursos disponibles.

- Conoce el tipo de dolor del paciente.
- Realiza educación sanitaria a los pacientes y a sus familia
- Tiene en cuenta que una buena comunicación entre el paciente, la familia y el personal que lo atiende es necesaria debido a que las necesidades emocionales cobran mayor importancia en los pacientes que sufren dolor.

Valoración inicial del paciente

La valoración inicial nos permite obtener la información necesaria para desarrollar un plan de cuidados frente al dolor con el objetivo de facilitar la selección del tratamiento y de poder evaluar su efectividad. La valoración se realiza a partir de la observación del paciente, la entrevista, la exploración y la recogida de datos. Esta recogida de datos es sobre todo relevante en los pacientes con dolor crónico, ya que éste afecta a varios aspectos del paciente: físicos, psicológicos y emocionales (4), (6), (8), (21).

Debemos recoger información sobre:

- Sus hábitos, costumbres, trabajo y vida social y cómo repercute en ellos su dolor.
- Localización del dolor, utilizando denominaciones anatómicas concretas.
- Tipo de dolor, descripción que hace el paciente del dolor que sufre.
- Duración del dolor, desde cuándo sufre el dolor. Si se trata de dolor agudo o crónico. Si es un dolor continuo o intermitente.
- Factores que modifican el dolor. Aquellos que lo alivian o lo desencadenan.
- Manifestaciones asociadas a los episodios de dolor, físicos y psíquicos.
- Intensidad del dolor, utilizando escalas de valoración.
- Analgesia y fármacos que utilizan, sus efectos secundarios y si los toman correctamente.

Abordaje psicológico

Como venimos diciendo, la experiencia de dolor no sólo se relaciona con el daño tisular, sino también con fenómenos mentales como la depresión, la ansiedad, el estrés, etc. Por ello, es necesario valorar al paciente desde una perspectiva «biopsicosocial», que nos permita desarrollar tratamientos individuales para cada paciente, teniendo en cuenta cómo los factores físicos y psicosociales intervienen en la sintomatología del dolor.

El abordaje psicológico del dolor consiste en la evaluación detallada de todos estos componentes para poder entender el lugar y el papel que cada uno desempeña en el mantenimiento del trastorno (14), (15).

Para dicha evaluación realizaremos una entrevista psicodiagnóstica al paciente.

Podemos dividir la entrevista en tres partes:

- Exploración psicopatológica.
- Exploración psicosocial.
- Exploración del dolor crónico

La primera entrevista con el paciente es la más importante porque en ella se desarrolla el vínculo de colaboración que va a condicionar la participación de éste, en las posteriores entrevistas y en el tratamiento.

- Exploración psicopatológica

Los dos cuadros psicopatológicos que más intervienen en el dolor crónico son la ansiedad y la depresión. La exploración se puede llevar a cabo utilizando los cuestionarios citados anteriormente sobre ansiedad, depresión y otros síntomas psicopatológicos.

- Exploración psicosocial

Consiste en una exploración de todas las áreas de relación del paciente: factores sociodemográficos, área familiar, escolaridad y estudios, área laboral, amistades y relaciones sociales.

Todo ello nos dará información sobre cómo se relaciona el paciente con su entorno y nos permitirá valorar, la posibilidad de apoyo familiar y social del que dispone.

Una vez realizada la valoración global, elaboraremos un seguimiento individualizado para cada paciente (4), (7), (14), (21).

El dolor crónico desgraciadamente no tiene cura. Esta imposibilidad de curación es difícilmente aceptada por el paciente que se resiste a asumir que una determinada dolencia le va a acompañar de por vida y que su única opción es aprender a convivir con ella. Por ello nuestro objetivo será motivar al paciente para que cambie o modifique pensamientos, creencias, hábitos, actitudes y conductas, y para que se adapte a su dolor

y sea consciente de lo que significa en su vida, tratando de impedir que el dolor se haga dueño de ella.

Es necesario analizar las conductas de dolor emitidas por el paciente y establecer relaciones entre dichas conductas y las consecuencias que generan, para así:

- Facilitar la recuperación e incorporación del paciente a la vida activa
- Extinguir las conductas de queja y evitación.
- Incrementar de forma gradual las actividades.
- Reducir el uso de analgésicos y el uso de cuidados médicos.

Intentaremos mejorar el comportamiento del paciente cambiando su forma de pensar, para que vea el mundo de una manera realista:

- Ayudándole a anticiparse a los problemas y generando soluciones.
- Enseñándole técnicas de afrontamiento y habilidades.
- Modificando sus pensamientos negativos.

Con todo esto promoveremos la autoconfianza y mejoraremos el estado de ánimo del paciente (4), (14), (15), (21).

Técnicas para el manejo del dolor

Las técnicas que se describen a continuación se llevan a cabo en la Unidad del dolor del Hospital Universitario Rio Hortega. Una vez que el facultativo pauta la técnica más adecuada a cada tipo de dolor, es el personal de enfermería quién se encarga de su realización y del seguimiento del paciente. Las intervenciones que se exponen a continuación pertenecen a los protocolos de enfermería de la Unidad del dolor del HURH.

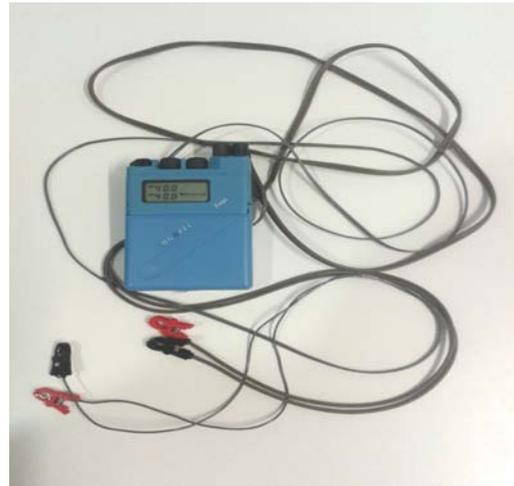
IONTOFORESIS

La iontoforesis es una técnica empleada para el manejo del dolor basada en la aplicación de iones y moléculas medicamentosas ionizadas en el organismo por vía transcutánea.

Esta técnica utiliza la energía continua que produce un generador para transportar los iones a través de los tejidos hasta un centímetro de profundidad.

Además de tener un efecto analgésico, aumenta la circulación sanguínea local y la del tejido celular subyacente.

Los fármacos más utilizados en la iontoforesis son la lidocaína (anestésico) y la dexametasona (corticoide) (9), (10).



Está indicado en:

- Procesos inflamatorios: tendinitis, bursitis, capsulitis, epicondilitis, periartritis, reumatismos articulares, osteoartritis, etc.
- Procesos neurológicos: neuralgias, neuropatías periféricas como el síndrome del túnel carpiano, dolores del simpático mantenidos, cicatrices dolorosas, etc.

Está contraindicado en:

- Alérgicos a los fármacos utilizados en la técnica.
- Embarazo.
- Marcapasos o aparatos controlados por telemetría.
- Zonas de quemaduras y/ o erosiones en la piel.
- Intolerancia a la electricidad.
- Piel extremadamente sensibles.

Esta técnica presenta varias ventajas frente a otros tratamientos o terapias farmacológicas:

- Se evita el primer paso hepático del fármaco y con ello la degradación parcial de éste.
- Es un tratamiento muy selectivo y dirigido al órgano o tejido diana, por lo que se consigue una alta concentración del fármaco en el tejido lesionado.
- Se evitan las complicaciones asociadas a la punción en la utilización de vías subcutáneas o intravenosas.
- Tiene escasos efectos secundarios ya que los fármacos no pasan a la circulación sistémica.

Los efectos secundarios que pueden aparecer se limitan a reacciones cutáneas derivadas del fármaco empleado o de la técnica como: irritación, rubor, calor o quemaduras de la piel en la zona de tratamiento (9), (10).

Intervención de enfermería:

Antes de iniciar el tratamiento el paciente debe tener una información detallada a cerca de la técnica que se le va a realizar y firmar un consentimiento informado.

Se fijarán los días y el horario de tratamiento con el paciente de forma que le sea factible acudir al hospital.

Al iniciar el tratamiento se comprobarán los datos del paciente: identidad, alergias, fármacos pautados, dosis, etc.

Es importante el cuidado de la piel:

- La zona a tratar debe de estar intacta, sin vello y sin cremas ni lociones.
- En caso de tener que rasurar se debe hacer 24 horas antes del tratamiento.
- No se podrá aplicar el tratamiento en zonas con erosiones, heridas, eccemas, o cualquier otra lesión.

Se comienza con intensidades medias, y se irá subiendo de forma paulatina.

Durante el ciclo pautado se vigilará la aparición de lesiones, quemaduras y se registrarán diariamente las incidencias.

Al finalizar el tratamiento se citará al paciente para una nueva valoración médica (4), (9), (10).

Evidencia científica

En el estudio” *Iontoforesis en el abordaje del paciente con dolor crónico*” (10) donde se estudia la eficacia de la iontoforesis en pacientes con diferentes diagnósticos, se obtuvo que un 50% de los pacientes notó mejoría con el tratamiento, el 40% de los pacientes tuvo una mejoría superior al 50% y un 10% de los pacientes, una mejoría superior al 80%.

PARCHES DE QUTENZA®

Es un parche cutáneo que se aplica sobre la zona dolorosa y libera capsaicina al 8% provocando un alivio prolongado del dolor de origen neuropático periférico.

La capsaicina actúa como agonista de los nociceptores cutáneos (receptores del dolor) provocándoles una sobreestimulación. Esta sobreestimulación los desensibiliza y los incapacita para responder a los estímulos que provocan dolor en los pacientes. Este tratamiento está indicado en pacientes con dolor neuropático sobre todo en neuralgias post-herpéticas (infecciones producidas por el virus varicela-zoster) y en neuropatías asociadas al VIH. (11)

Esta contraindicado en pacientes con hipersensibilidad al principio activo o a alguno de sus excipientes y en diabéticos.

En pacientes con hipertensión arterial o enfermedad cardiovascular será necesario la monitorización de la presión arterial antes y durante el procedimiento

Los efectos secundarios más frecuentes derivados de este tratamiento son enrojecimiento de la piel, picor, dolor o aparición de pápulas, vesículas, edema, hinchazón o sequedad en el lugar de la aplicación.

En raras ocasiones puede aparecer hipertensión arterial, taquicardias, alteraciones del ritmo cardíaco, disminución de la sensibilidad, sensación de quemazón, tos, irritación de garganta, náuseas, o calambres (11)

Intervención de enfermería

Al igual que en la técnica anterior, antes de comenzar con el tratamiento, se dará al paciente la información necesaria sobre la técnica a realizar y se le pedirá que firme el consentimiento informado.

A continuación se evaluará la piel que ha de estar seca e intacta.

Para la colocación del parche, se realizarán los siguientes pasos:

1. Se delimitará la zona a tratar marcándola sobre la piel. Si fuera necesario eliminar el vello, éste se cortará, no se rasurará.
2. Se anestesiará la zona con anestésico tópico (crema EMLA®), cubriendo dicha zona y hasta uno o dos centímetros del área circundante. Esta crema se dejará actuar durante aproximadamente una hora. Tras este tiempo, se limpiará la zona.
3. Se colocarán los parches y se dejarán que actúen el tiempo necesario según la patología.
4. Pasado su tiempo de actuación, se retirará el parche y se limpiará la zona con un gel limpiador especial, una gasa seca y posteriormente con agua y jabón.

Se registrará:

- Tensión arterial antes y después de la aplicación
- Hora de administración del anestésico y de aplicación de los parches.
- Si el paciente refiere molestias durante y después del tratamiento.

Recomendaciones al paciente tras el tratamiento:

- Si tiene dolor puede tomar analgésicos y/ o antiinflamatorios orales.
- Si tiene escozor o enrojecimiento puede ponerse hielo en la zona.
- Evitar hacer ejercicio con la extremidad o la zona tratada.
- No aplicar calor ni cremas en la zona de tratamiento.

Evidencia científica

Según el Informe Público Europeo de Evaluación (EPAR) del Comité de Medicamentos de Uso Humano (CHMP) (11), los parches de Qutenza® en comparación con otros parches de capsaicina a dosis muy inferior (0.04%) son más eficaz en la reducción del dolor neuropático. En dos estudios de pacientes con neuralgia post-herpética, la reducción en la evaluación del dolor al cabo de ocho semanas fue de 30 y de 32% en pacientes a los que se aplicó Qutenza®, en comparación con un 20 y 24% en pacientes que recibieron los otros parches. En uno estudios de pacientes con neuropatía asociada a la infección por VIH, los pacientes a los que se administró Qutenza® experimentaron

una reducción del 23% en la escala de intensidad del dolor al cabo de 12 semanas en comparación con una reducción del 11% en pacientes a los que se administró los otros parche. En un segundo estudio de pacientes con neuropatía asociada a la infección por VIH, aunque Qutenza® mitigó el dolor en un 30%, no se reveló más eficaz que el otro parche.

EQUIPOS DE ELECTROESTIMULACIÓN

1. Estimulación Interferencial (IFC)

La estimulación interferencial es una técnica analgésica y antiinflamatoria que basa su efecto en la aplicación de una corriente interferencial originada por un generador mediante la colocación de 4 electrodos sobre la superficie de la piel.

Esta técnica se basa en la aplicación de forma simultánea de dos corrientes de frecuencia media cuyas intensidades son constantes y sus frecuencias diferentes. Estas corrientes se cruzan en el interior del cuerpo originando una nueva corriente modulada de baja frecuencia e intensidad variable produciendo en el organismo:

- Disminución del dolor por la estimulación de fibras miélicas.
- Aumento de la microcirculación y la relajación.



2. TENS

El TENS o la estimulación nerviosa transcutánea es una técnica analgésica basada en la aplicación local de impulsos eléctricos originados en un generador, y transmitidos a la superficie de la piel mediante unos electrodos. El efecto analgésico

se debe a que la onda eléctrica provocada por el generador provocar una parestesia intensa aunque no dolorosa en el territorio proximal del nervio periférico que transmite el dolor o en la zona dolorosa (9), (12). Además el TENS provoca:

- Liberación de endorfinas
- Relajación y tonificación muscular.



La electroestimulación está indicado en:

- Procesos postraumáticos: ayuda a soldar estructuras y reduce los edemas
- Procesos postquirúrgicos: ayuda al control del dolor y recupera la movilidad en menor tiempo.
- Procesos en los que queramos estimular la actividad de la musculatura y su fortalecimiento como en epicondilitis, tendinitis o artrosis
- Dolor isquémico, anomalías circulatorias, insuficiencias venosas, hematomas residuales, etc.: estimula parte del sistema parasimpático lo que produce un aumento en el flujo sanguíneo.
- Dolor neuropático: miembro fantasma doloroso, neuralgia post-herpética, neuralgia del trigémino, neuropatía diabética, etc.

Estos tipos de tratamientos está contraindicado en:

- Personas con enfermedades arteriales ya que puede producir embolias.
- Pacientes portadores de marcapasos, porque puede producir interferencias con él.
- Embarazadas, por la posibilidad de inducir contracciones. Sin embargo se puede emplear durante el trabajo del parto para proporcionar analgesia.

- Pacientes con Trombosis Venosa Profunda ya que puede aumentar la inflamación o la flebitis.
- Pacientes con hemorragias ya que puede producir un aumento del sangrado.
- Sobre el tumor en pacientes con alguna neoplasia.
- Zonas de la piel con heridas abiertas o con infección
- Niños o pacientes con enfermedades mentales ya que no pueden colaborar en el tratamiento.

Efectos secundarios:

- Irritación de la piel o quemaduras en la zona de colocación del electrodo.
- Reacción alérgica al gel o a alguno de sus componentes

Intervención de enfermería

La electroestimulación es un tratamiento que el paciente realizará en su domicilio.

En la primera consulta informaremos al paciente y a la familia de cómo se realiza el tratamiento y le explicaremos el manejo del aparato y como resolver las incidencias que se puedan presentar durante el transcurso del tratamiento: cambios de pila, necesidad de suspensión del tratamiento por la aparición de reacción alérgica o por la aparición de dolor más intenso durante la aplicación.

Por último se verificará que el paciente entiende las explicaciones, se contestarán las preguntas que surjan y se programarán las sucesivas sesiones en donde se hará un seguimiento del tratamiento y se le proveerá del material necesario.

El paciente firmará un papel de préstamo donde se comprometerá a mantener en perfecta condiciones el material y a devolverlo cuando finalice el tratamiento.

Se registrará:

- Cuando se inicia el tratamiento.
- La valoración de la intensidad del dolor al inicio del tratamiento y al final.
- Las incidencias y problemas que pueden aparecer durante el tratamiento: lesiones cutáneas, alergias.
- La tolerancia y la efectividad del tratamiento: cambios de las características del dolor y de su intensidad.

- El tipo de estimulación utilizada, la zona donde se aplican los electrodos y disposición de éstos.

Información para el paciente:

1. Cuidado de la piel: Lavar con agua y jabón y secar la zona de la piel donde irán colocados los electrodos.
2. Colocación de los electrodos: situar los electrodos sobre la piel siguiendo el recorrido del dolor. Una vez que estén perfectamente adheridos conectarlos a los cables.
3. Comprobación del estado de la batería del aparato.
4. Puesta en marcha del aparato: encender el sistema en los mandos ON/OFF e ir incrementando la sensibilidad hasta que el note la parestesia o descarga eléctrica sin que llegue a ser molesta.
5. Duración de la sesión: se recomienda que sean de 60 min y que se repitan varias veces al día durante todos los días que dura el tratamiento y según precise.

Evidencia científica

Estudios realizados sobre la eficacia de los tratamientos con TENS en pacientes con diferentes dolencias han demostrado que su uso aporta beneficios en el alivio del dolor.

En el estudio *“Effectiveness of high-frequency transcutaneous electrical nerve stimulation at tender points as adjuvant therapy for patients with fibromialgia”* (12), donde se evalúa la eficacia del TENS en pacientes con fibromialgia, demostró que los pacientes tratados con TENS tuvieron una mejoría relevante en: el dolor, el rendimiento laboral, la fatiga, la rigidez, la ansiedad y la depresión en comparación con los pacientes en tratamiento con placebo.

En el estudio *“Transcutaneous electrical nerve stimulation on acupoints reduces fentanyl requirement for postoperative pain relief after total hip arthroplasty in elderly patients”* (13), donde se analizó el consumo de fentanilo en pacientes que fueron sometidos a una intervención por fractura de cadera, se demostró que el consumo de fentanilo fue menor en el grupo de pacientes en tratamiento con TENS en comparación con el grupo de pacientes en tratamiento con placebo.

Conclusiones

El dolor crónico es una enfermedad que afecta a una gran parte de la población, y causa grandes consecuencias a nivel físico, psíquico y social.

Con frecuencia, esta coyuntura personal puede dar lugar a un deterioro del estado de ánimo, depresiones, crisis de ansiedad y a una actitud social poco asertiva.

La valoración que actualmente se hace en las Unidades del Dolor de estos pacientes, es deficiente, ya que solo se centra en la intensidad del dolor, utilizando escalas de medición como la escala verbal simple o la escala numérica y obviando los aspectos psicosociales que se podrían analizar con escalas como: el cuestionario de salud general de Goldberg, el cuestionario de calidad de vida o el cuestionario de los 90 síntomas de Derogatis.

Implicación en la práctica.

Con un abordaje integral del dolor, que incluya un adecuado tratamiento de los síntomas y una valoración de su estado psicosocial, podríamos detectar problemas psicológicos y/o sociales para intentar solventarlos y así disminuir el impacto de la enfermedad en la vida del paciente.

Por ello considero necesario incluir en los planes de cuidados de manera estandarizada la valoración del dolor en el más amplio sentido, reflejando en dicha valoración todos los aspectos en donde el dolor repercute, es decir, valorando lo físico, lo psíquico y lo social

Actualmente este tipo de valoración que planteo no es posible debido a la masificación de pacientes que obliga a limitar el tiempo de las consultas. Esto genera en el personal de enfermería un aumento en su carga laboral que puede producir un deterioro en la motivación, y que obliga a centrar su práctica en la aplicación de los tratamientos y a relegar a un segundo o inexistente plano los aspectos psicosociales y educativos.

Por ello sería interesante replantearse la necesidad de ampliar los recursos destinados a esta enfermedad, para crear nuevas Unidades del Dolor o ampliar las ya existentes. Otra solución puede ser la creación de una consulta para estos pacientes en Atención Primaria donde se pueda llevar a cabo un seguimiento adecuado de la evolución de estos

enfermos e impartir charlas y talleres de educación sanitaria donde se les enseñe estrategias para afrontar el día a día y mejorar su calidad de vida. De este modo puede ser posible reducir las listas de espera y conseguir un tratamiento más holístico de la enfermedad.

Para finalizar me gustaría hacer hincapié en la necesidad de considerar el dolor crónico como una enfermedad, igual que lo son la Diabetes Mellitus o la Hipertensión arterial, por ello se debe dar un trato igualitario en su diagnóstico y tratamiento. Cuando un paciente acuda a su médico de cabecera aquejándose de dolor crónico, se debería derivar automáticamente al especialista de la Unidad del Dolor, para que sea valorado y tratado cuanto antes, ya que al ser una enfermedad que no entraña riesgo vital en ocasiones se menosprecia, sin tener en cuenta el sufrimiento que soportan estos pacientes y lo que para ellos supone el padecer esta enfermedad.

Bibliografía

1. Marchán Espinosa S, Gómez-Rico Pareja A. Manejo del dolor en el postoperatorio inmediato en pacientes intervenidos de prótesis total de rodilla. NURE Inv. (Revista en Internet) 2011 Sept-Oct. [Citado: 10 Feb 2014]; 8(54): (aprox. 13 p.). Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE54_original_manejodeldolor.pdf
2. Plataforma sin dolor [Internet]. Madrid: Fundación para la investigación en salud; [Citado: 10 Feb 2014]. Disponible en: <http://www.plataformasindolor.com>
3. Zachary dos Santos M, Miyuki Kusahara D, da Luz Gonçalves M. The experiences of intensive care nurses in the assessment and intervention of pain relief in children. Rev. esc. Enferm. 2012 Oct; 46(5):1073-1080.
4. Català E. Manual del tratamiento del dolor. 2ª ed. Barcelona: Publicaciones Permanyer; 2008.
5. Palanca Sánchez I (Dir.), Puig Riera de Coniás MM (Coord. Cient.), Elola Somoza J (Dir.), Bernal Sobrino JL (Comit. Redac.), Paniagua Caparrós JL (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. Unidad de tratamiento de dolor: estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
6. Rodríguez M. J. Valoración de la actitud terapéutica ante el paciente con dolor crónico en las Unidades de Dolor en España. Estudio STEP. Rev. Soc. Esp. (Revista en internet) 2006 Nov. [Citado 5 Feb 2014]; 13(8):525-532. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v13n8/original.pdf>
7. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS. OSTEBA N° 2006/08.
8. Muñoz J. M. Manual de dolor agudo postoperatorio. Madrid: Ergon; 2010
9. Rodríguez Bello M. C. Iontoforesis y TENS. V Cong Soc Esp Dolor. (Revista en internet) 2002 [Citado 10 Abril 2014]; 130-131. Disponible en: http://revista.sedolor.es/pdf/2002_11_72.pdf
10. Vaquer Quilesa L, Blasco González L, Honrubia Gozálviz E, Bayona Baussetb M.J, Villanueva Pérezc V.L, Asensio Samperc J, Cerdá Olmedoc G, De Andrés Ibañezd J. Iontoforesis en el abordaje del paciente con dolor crónico. Rev Soc Esp Dolor (Revista en internet) 2009 Jun-Jul. [Citado 5 Feb 2014]; 16(5):275-278. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v16n5/nota2.pdf>
11. European Medicines Agency. Qutenza (capsaicina).Resumen del EPAR para el público general. UK: EMEA; 2009. Ref. doc: EMEA/629172/2009.
12. Carbonario F, Matsutani L.A, Yuan S.L, Marques A.P. Effectiveness of high-frequency transcutaneous electrical nerve stimulation at tender points as adjuvant therapy for patients with fibromyalgia. Eur J Phys Rehabil Med. (Revista en internet) 2013 [Citado 14 Mar 2014]; 49: 197-204. Disponible en: <http://www.minervamedica.it>
13. Lan F, Ma Y.H, Xue J.X, Wang T.L, Ma D.Q. Transcutaneous electrical nerve stimulation on acupoints reduces fentanyl requirement for postoperative pain relief after total hip arthroplasty in elderly patients. Anaesthetic Research Society. (Revista en internet) 2011 Jun [Citado 14 Mar 2014]; 78(8): 887-895. Disponible en: <http://www.minervamedica.it>
14. Vallejo Pareja M.A. Perspectiva en el estudio y tratamiento psicológico del dolor crónico. Clínica y Salud. 2008 Dic-Ene; 19 (3): 417-430.
15. Vallejo M. A. Tratamiento psicológico del dolor crónico. Boletín de psicología. 2005; 84: 45-58.
16. Nkhoma K, Seymour J, Arthur A. An educational intervention to reduce pain and improve pain management for Malawian people living with HIV/AIDS and their family carers: study protocol for a randomised controlled trial. Bio Med Central. (Revista en

- internet) 2013 Jul [Citado 8 Feb 2014] 14:216 (aprox. 19 p.) Disponible en: <http://www.trialsjournal.com/content/14/1/216>
17. Bahrami M, Dehgani S, Eghbali M, Daryabeigi R. The effect of a care program on pain intensity of cancer patients who underwent surgery and hospitalized in Sayyed-Al-Shohada Hospital of Isfahan University of Medical Sciences in 2011. *Iran J Nurs Midwifery Res* (Revista en internet) 2012 Sep-Oct [Citado 8 Feb 2014]; 17(6) (aprox. 14 p.) Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3733284/?report=classic>
 18. Dos Santos Silva M. A., De Mattos Pimenta C. A., De Almeida Lopes D. Pain assessment and training: the impact on pain control after cardiac surgery. *Rev. esc. enferm.* (Revista en internet) 2013 Feb. [Citado 5 Feb 2014]; 47(1): 83-91. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/en_a11v47n1.pdf
 19. Fernández Sánchez T, González Alonso MP, López Sanz MR, Negueruela Ordoqui A, Urdiales Gutiérrez MT, Ureña Ceruelo P. Efecto de una intervención enfermera múltiple durante el intraoperatorio sobre el nivel de dolor postoperatorio. *NURE Inv.* [Revista en Internet] 2009 Mar-Abr. (Citado 5 Feb 2014); 6 (39): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/proyefeintenf_39.pdf.
 20. Franco M.L, Seoane A. Características del dolor crónico en el anciano: tratamiento. *Rev. Soc. Esp. Dolor.* 2001; 8: 29-38.
 21. Astudillo W, Mendinueta C, Astudillo E. Principios básicos para el control del dolor total. *Rev. Soc. Esp. Dolor.* 1998; 6: 29:40

ANEXOS

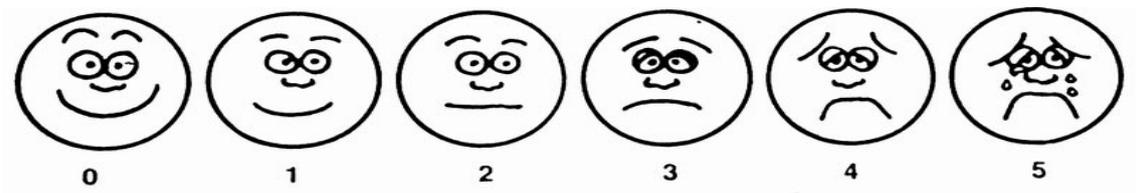
Escalas de evaluación del dolor

Métodos verbales o escalas subjetivas

Escala visual analógica (EVA):



Escala de expresión facial

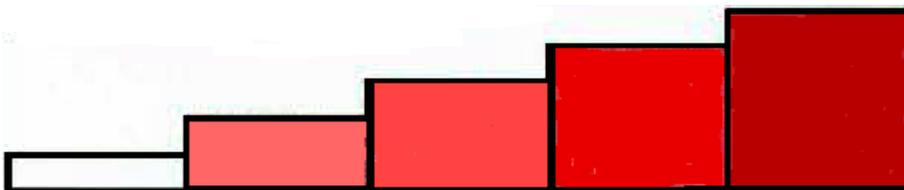


Fuente: <http://sccp.org.co/archivo/dolorpostop.htm>

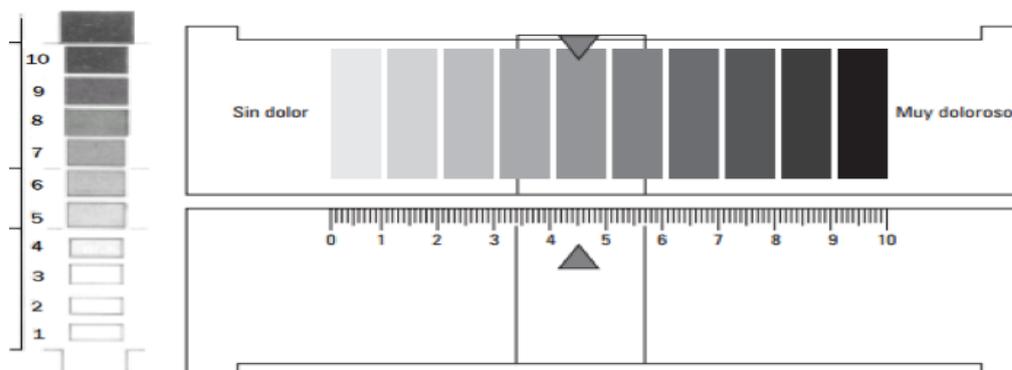
Escala analógica luminosa



Escala de colores



Escaleras de grises de Luesher



Fuente: <http://www.fisioterapiasinred.com/escalas-unidimensionales-de-dolor/>

McGill Pain Questionnaire (MPQ) de Melzak

Categoría sensitiva		Categoría emocional	Categoría evaluativa
Temporal I 1. Agolpes 2. Continuo	Térmicos I 1. Calor 2. Como si quemara 3. Abrasador 4. Como hierro candente	Tensión emocional 1. Fastidioso 2. Preocupante 3. Angustiante 4. Exasperante 5. Que amarga la vida	1. Débil 2. Soportable 3. Intenso 4. Terriblemente molesto
Temporal II 1. Periódico 2. Repetitivo 3. Insistente 4. Interminable	Térmicos II 1. Frialdad 2. Helado	Signos vegetativos 1. Nauseante	
Localización I 1. Impreciso 2. Bien delimitado 3. Extenso	Sensibilidad táctil 1. Como si rozara 2. Como un hormigueo 3. Como si arañara 4. Como si raspara 5. Como un escozor 6. Como un picor	Miedo 1. Que austa 2. Terrible 3. Aterrorador	
Localización II 1. Repartido (en una zona) 2. Propagado (a otras partes)	Consistencia 1. Pesadez		
Punción 1. Como pinchazos 2. Como agujas 3. Como un clavo 4. Punzante 5. Perforante	Miscelánea sensorial I 1. Como hinchazón 2. Como un peso 3. Como un flato 4. Como espasmos		
Incisión 1. Como si cortara 2. Como una cuchillada	Miscelánea sensorial II 1. Como latidos 2. Concentrado 3. Como si pasara la corriente 4. Calambrazos		
Constricción 1. Como un pellizco 2. Como si apretara 3. Como agarrotado 4. Opresivo 5. Como si exprimiera	Miscelánea sensorial III 1. Seco 2. Martillazos 3. Agudo 4. Como si fuera a explotar		
Tracción 1. Tirantez 2. Como un tirón 3. Como si estirara 4. Como si arrancara 5. Como si desgarrara			

Fuente: <http://dolopedia.com/index.php/>

Test de Lattinen

Fecha	Día, mes, año	
Intensidad del dolor	Ligero	1
	Molesto	2
	Intenso	3
	Insoportable	4
Frecuencia del dolor	Raramente	1
	Frecuente	2
	Muy frecuente	3
	Continuo	4
Consumo de analgésicos	Ocasionalmente	1
	Regular y pocos	2
	Regular y muchos	3
	Muchísimos	4
Incapacidad	Ligera	1
	Moderada	2
	Ayuda necesaria	3
	Total	4
Horas de sueño	Normal	0
	Despierta alguna vez	1
	Despierta varias veces	2
	Insomnio	3
	Sedantes	+1
TOTAL	VALOR INDICATIVO	

Fuente: <http://rafabravo.wordpress.com/2007/11/26/wheres-lattinen-descacharrante/>

Cuestionario Breve del Dolor de Badia

1. Indique en el diagrama las zonas donde siente dolor sombreando la parte afectada. Marque con una cruz la zona que más le duele
- Delante
- Derecha 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Derecha
2. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad *máxima* de su dolor en la última semana
- Ningún dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor imaginable
3. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad *mínima* de su dolor en la última semana
- Ningún dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor imaginable
4. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad *media* de su dolor
- Ningún dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor imaginable
5. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad de su dolor *ahora mismo*
- Ningún dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor imaginable
6. ¿Qué tipo de cosas le alivia el dolor (p. ej., el calor, la medicación, el descanso)?
-
7. ¿Qué tipo de cosas empeora el dolor (p. ej., caminar, estar de pie, levantar algo)?
-
8. ¿Qué tratamiento o medicación está recibiendo para el dolor?
-
9. En la última semana, ¿hasta qué punto le han aliviado los tratamientos o la medicación para el dolor? Por favor, rodee con un círculo el porcentaje que corresponda al grado de alivio que ha sentido
- 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% Alivio total
- Ningún alivio
10. Si toma medicación, ¿cuánto tarda en volver a sentir dolor?
1. La medicación para el dolor no me ayuda nada
2. 1 h
3. 2 h
4. 3 h
5. 4 h
6. De 5 a 12 h
7. Más de 12 h
8. No tomo medicación para el dolor
11. Marque con una cruz la casilla que considere adecuada para cada una de las respuestas
- Creo que mi dolor es debido a:
- Sí No A. Los efectos del tratamiento (p. ej., medicación, operación, radiación, prótesis)
- Sí No B. Mi enfermedad principal (la enfermedad que actualmente se está tratando y evaluando)
- Sí No C. Una situación no relacionada con mi enfermedad principal (p. ej., artrosis).
- Por favor, describa esta situación:
12. Para cada una de las siguientes palabras, marque con una cruz «sí» o «no» si ese adjetivo se aplica a su dolor
- | | | | |
|-------------------|---|-------------------------|---|
| Dolorido/continuo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Mortificante (calambre) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Palpitante | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Agudo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Irradiante | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sensible | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Punzante | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Quemante | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Fatigoso (pesado) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Agotador | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Penetrante | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Entumecido (adormecido) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Persistente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Penoso | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | Insoportable | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
13. Rodee con un círculo el número que mejor describa hasta qué punto el dolor lo ha afectado en los siguientes aspectos de la vida, durante la última semana
- A. Actividades en general
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- No me ha afectado Me ha afectado por completo
- B. Estado de ánimo
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- No me ha afectado Me ha afectado por completo
- C. Capacidad de caminar
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- No me ha afectado Me ha afectado por completo
- D. Trabajo habitual (incluye tanto el trabajo fuera de casa como las tareas domésticas)
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- No me ha afectado Me ha afectado por completo
- E. Relaciones con otras personas
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- No me ha afectado Me ha afectado por completo
- F. Sueño
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- No me ha afectado Me ha afectado por completo
- G. Disfrutar de la vida
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- No me ha afectado Me ha afectado por completo
14. Prefiero tomar mi medicación para el dolor...
1. De forma regular
2. Sólo cuando la necesito
3. No tomo medicación para el dolor
15. Tomo mi medicación para el dolor (en un periodo de un día)
1. No todos los días
2. 1 a 2 veces al día
3. 3 a 4 veces al día
4. 5 a 6 veces al día
5. Más de 6 veces al día
16. ¿Cree que necesita una medicación más fuerte para el dolor?
1. Sí
2. No
3. No lo sé
17. ¿Cree que debería tomar más dosis de la medicación para el dolor que las que le ha recetado el médico?
1. Sí
2. No
3. No lo sé
18. ¿Está preocupado/a porque toma demasiada medicación para el dolor?
1. Sí
2. No
3. No lo sé
- Si la respuesta es «sí», ¿por qué?
19. ¿Tiene problemas con los efectos secundarios de su medicación para el dolor?
1. Sí
2. No
- ¿Qué efectos secundarios?
20. ¿Cree que necesita recibir más información sobre su medicación para el dolor?
1. Sí
2. No
21. Otros métodos que uso para aliviar mi dolor son (por favor, marque con una cruz todo lo que se le aplique):
- Compresas calientes Compresas frías Técnicas de relajación
- Distraición Biofeedback Hipnosis
- Otros Por favor, especifique _____
22. Otras medicaciones no recetadas por mi médico y que tomo para el dolor son:

Fuente: <http://zl.elsevier.es/es/revista/medicina-clinica-2/validacion-espac3%blola-cuestionario-brief-pain-inventory-pacientes-13042265-originals-2003p://ap>

Cuestionario de salud general (GHQ) de Goldberg

Nos gustaría saber cómo se ha sentido, en general, las dos últimas semanas. Por favor responda todas estas preguntas marcando la alternativa que más se acerca a cómo usted se siente.

Recuerde que queremos conocer acerca de molestias o quejas recientes, no aquellas que ha tenido en el pasado.

- 1.- ¿Recientemente, ha sido capaz de concentrarse en lo que hace?
- 0 - Mejor que de costumbre
 - 0 - Igual que de costumbre
 - 1 - Menos que de costumbre
 - 1 - Mucho menos que de costumbre
- 2.- ¿Recientemente, ha perdido mucho sueño por preocupaciones?
- 0 - No, en absoluto
 - 0 - No más que lo usual
 - 1 - Algo más que lo usual
 - 1 - Mucho más que lo usual
- 3.- ¿Últimamente, se ha sentido usted una persona útil para los demás?
- 0 - Más que de costumbre
 - 0 - Igual que de costumbre
 - 1 - Menos útil que de costumbre
 - 1 - Mucho menos útil
- 4.- ¿Recientemente, se siente capaz de tomar decisiones?
- 0 - Más que lo usual
 - 0 - Igual que lo usual
 - 1 - Menos que lo usual
 - 1 - Mucho menos capaz
- 5.- ¿ En el último tiempo, se ha sentido constantemente bajo tensión?
- 0 - No, en absoluto
 - 0 - No más que de costumbre
 - 1 - Algo más que de costumbre
 - 1 - Mucho más que de costumbre
- 6.- ¿En el último tiempo, ha sentido que no puede solucionar sus problemas
- 0 - No, en absoluto
 - 0 - No más que de costumbre
 - 1 - Algo más que de costumbre
 - 1 - Mucho más que de costumbre
- 7.- ¿En el último tiempo, ha podido disfrutar de la vida diaria?
- 0 - Más que de costumbre
 - 0 - Igual que de costumbre
 - 1 - Menos que de costumbre
 - 1 - Mucho menos
- 8.- ¿Recientemente, se ha sentido capaz de enfrentar los problemas?
- 0 - Más que lo habitual
 - 0 - Igual que lo habitual
 - 1 - Menos capaz que lo habitual
 - 1 - Mucho menos capaz
- 9.- ¿Recientemente, se ha sentido triste o deprimido?
- 0 - No, en absoluto
 - 0 - No más que de costumbre
 - 1 - Algo más que de costumbre
 - 1 - Mucho más que de costumbre
- 10.- ¿Recientemente, ha estado perdiendo confianza en si mismo?
- 0 - No, en absoluto
 - 0 - No más que de costumbre
 - 1 - Algo más que de costumbre
 - 1 - Mucho más que de costumbre
- 11.- ¿En el último tiempo, ha sentido que usted no vale nada?
- 0 - No, en absoluto
 - 0 - No más que lo habitual
 - 1 - Algo más que lo habitual
 - 1 - Mucho más que lo habitual
- 12.- ¿En el último tiempo, se ha sentido feliz, considerando todas las cosas?
- 0 - Más que lo habitual
 - 0 - Igual que lo habitual
 - 1 - Menos que lo habitual
 - 1 - Mucho menos que lo habitual
- | |
|---|
| 13.- Suma total de preguntas 1 al 12: |
| Suma mayor o igual a 5, requiere consulta de especialista |

Fuente: <http://www.psiquiatriaadultos.cl/GHQ.pdf>

Cuestionario de depresión de Beck (BDI)

1. Tristeza

- No me siento triste
- Me siento triste la mayor parte del tiempo
- Estoy triste todo el tiempo
- Me siento tan triste o desgraciado/a que no puedo soportarlo

2. Pesimismo

- No estoy desanimado/a respecto a mi futuro
- Me siento más desanimado/a respecto a mi futuro que de costumbre
- No espero que las cosas se resuelvan
- Siento que mi futuro no tiene esperanza y que sólo irá a peor

3. Fracaso pasado

- No me siento fracasado/a
- He fracasado más de lo que debería
- Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos
- Creo que soy un fracaso total como persona

4. Pérdida de placer

- Disfruto tanto como antes de las cosas que me gustan
- No disfruto de las cosas tanto como acostumbraba
- Disfruto muy poco con las cosas que me gustaban
- No disfruto nada con las cosas que me gustaban

5. Sentimientos de culpabilidad

- No me siento especialmente culpable
- Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho
- Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
- Me siento culpable siempre

6. Sentimientos de castigo

- No creo que esté siendo castigado/a
- Creo que puedo ser castigado/a
- Espero ser castigado/a
- Creo que estoy siendo castigado/a

7. Desagrado hacia uno mismo/a

- Tengo la misma opinión sobre mí que de costumbre
- He perdido la confianza en mí mismo/a
- Me siento decepcionado conmigo mismo
- No me gusta a mí mismo/a

8. Autocrítica

- No me critico o culpo más que de costumbre
- Soy más crítico/a conmigo mismo/a que de costumbre
- Me critico por todas mis faltas
- Me culpo por todo lo malo que sucede

9. Pensamientos o deseos de suicidio

- No pienso en suicidarme
- Pienso en suicidarme, pero no lo haría
- Desearía suicidarme
- Me suicidaría si tuviese oportunidad

10. Llanto

- No lloro más que de costumbre
- Lloro más que de costumbre
- Lloro por cualquier cosa
- Tengo ganas de llorar pero no puedo

11. Agitación

- No estoy más intranquilo/a o nervioso/a que de costumbre
- Me siento más intranquilo/a o nervioso/a que de costumbre
- Estoy tan intranquilo/a o agitado/a que me es difícil estar quieto/a
- Estoy tan intranquilo/a o agitado/a que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo

12. Pérdida de interés

- No he perdido el interés por los demás o por las cosas
- Estoy menos interesado/a por los demás o por las cosas que antes
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas
- Me resulta difícil interesarme por alguna cosa

13. Indecisión

- Tomo decisiones casi tan bien como siempre
- Me resulta más difícil tomar decisiones que de costumbre
- Me resulta mucho más difícil tomar decisiones que de costumbre
- Tengo dificultades para tomar cualquier decisión

14. Sentimientos de inutilidad

- No creo que yo sea inútil
- No me considero tan valioso y útil como de costumbre
- Me siento más inútil en comparación con otras personas
- Me siento completamente inútil

15. Pérdida de energía

- Tengo tanta energía como siempre
- Tengo menos energía que de costumbre
- No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas
- No tengo suficiente energía para hacer nada

16. Cambios en el sueño

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17. Irritabilidad

- No estoy más irritable que de costumbre
- Estoy más irritable que de costumbre
- Estoy mucho más irritable que de costumbre
- Estoy irritable todo el tiempo

18. Cambios en el apetito

- Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido completamente el apetito.

19. Dificultades de concentración

- Puedo concentrarme tan bien como siempre
- No me puedo concentrar tan bien como de costumbre
- Me cuesta concentrarme en algo durante mucho rato
- No me puedo concentrar en nada

20. Cansancio o fatiga

- No estoy más cansado/a o fatigado/a que de costumbre
- Me canso o me siento fatigado/a más fácilmente que de costumbre
- Estoy demasiado cansado/a o fatigado/a para hacer muchas de las cosas que solía hacer
- Estoy demasiado cansado/a o fatigado/a para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer

21. Pérdida de interés por el sexo

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
- Estoy menos interesado/a en el sexo que de costumbre
- Estoy mucho menos interesado/a en el sexo ahora
- He perdido totalmente el interés por el sexo

Fuente: <http://tratamiento-ansiedad-depresion.com/test-depresion.html>

Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI) de Spielberger

PRIMERA PARTE

1	Me siento calmado	1	2	3
2	Me encuentro inquieto	1	2	3
3	Me siento nervioso	1	2	3
4	Me encuentro descansado	1	2	3
5	Tengo miedo	1	2	3
6	Estoy relajado	1	2	3
7	Estoy preocupado	1	2	3
8	Me encuentro satisfecho	1	2	3
9	Me siento feliz	1	2	3
10	Me siento seguro	1	2	3
11	Me encuentro bien	1	2	3
12	Me siento molesto	1	2	3
13	Me siento agradable	1	2	3
14	Me encuentro atemorizado	1	2	3
15	Me encuentro confuso	1	2	3
16	Me siento animoso	1	2	3
17	Me siento angustiado	1	2	3
18	Me encuentro alegre	1	2	3
19	Me encuentro contrariado	1	2	3
20	Me siento triste	1	2	3

SEGUNDA PARTE

1	Me preocupa cometer errores	1	2	3
2	Siento ganas de llorar	1	2	3
3	Me siento desgraciado	1	2	3
4	Me cuesta tomar una decisión	1	2	3
5	Me cuesta enfrentarme a mis problemas	1	2	3
6	Me preocupo demasiado	1	2	3
7	Me encuentro molesto	1	2	3
8	Pensamientos sin importancia me vienen a la cabeza y me molestan	1	2	3
9	Me preocupan las cosas del colegio	1	2	3
10	Me cuesta decidirme en lo que tengo que hacer	1	2	3
11	Noto que mi corazón late más rápido	1	2	3
12	Aunque no lo digo, tengo miedo	1	2	3
13	Me preocupo por cosas que puedan ocurrir	1	2	3
14	Me cuesta quedarme dormido por las noches	1	2	3
15	Tengo sensaciones extrañas en el estómago	1	2	3
16	Me preocupa lo que los otros piensen de mi	1	2	3
17	Me influyen tanto los problemas, que no puedo olvidarlos durante un tiempo	1	2	3
18	Tomo las cosas demasiado en serio	1	2	3
19	Encuentro muchas dificultades en mi vida	1	2	3
20	Me siento menos feliz que los demás chicos	1	2	3

Fuente: <http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/acta/pdfs/n13/art5acta13.pdf>

Cuestionario de calidad de vida SF-36

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:
1 Excelente 2 Muy buena 3 Buena 4 Regular 5 Mala
2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?
1 Mucho mejor ahora que hace un año 2 Algo mejor ahora que hace un año
3 Más o menos igual que hace un año 4 Algo peor ahora que hace un año
5 Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
1 Sí 2 No
14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?
1 Sí 2 No
15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
1 Sí 2 No
16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?
1 Sí 2 No
17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
1 Sí 2 No
18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
1 Sí 2 No
19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
1 Sí 2 No
20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?
1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho
21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?
1 No, ninguno 2 Sí, muy poco 3 Sí, un poco 4 Sí, moderado 5 Sí, mucho
6 Sí, muchísimo
22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?
1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS.

EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez

6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez
6 Nunca
25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez
6 Nunca
26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez
6 Nunca
27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez
6 Nunca
28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez
6 Nunca
29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez
6 Nunca
30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez 5 Nunca
31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez
32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez 5 Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.
1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa
34. Estoy tan sano como cualquiera.
1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa
35. Creo que mi salud va a empeorar.
1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa
36. Mi salud es excelente.
1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

Fuente: http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dhg/CUESTIONARIO_SALUD_SF-36.pdf

Cuestionario de los 90 síntomas SCL-90-R de Derogatis

1. Dolores de cabeza.
 2. Nerviosismo.
 3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.
 4. Sensación de mareo o desmayo.
 5. Falta de interés en relaciones sexuales.
 6. Criticar a los demás.

	Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho

