



**Universidad de Valladolid**

**Facultad de Enfermería**

**GRADO EN ENFERMERÍA**

**ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE  
LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA  
EN EL PACIENTE CON DOLOR**

**Autor: Paula García Enrique**

**Tutor: José Luis Viaña Caballero**

## RESUMEN

El dolor crónico, a diferencia del dolor agudo, no es considerado como un signo protector que avisa de la presencia de un problema, sino que, se considera un problema por sí mismo, una enfermedad <sup>(17)</sup>. Es un dolor que debilita a la persona, afectando a todos los ámbitos de la vida de la misma y haciendo que puedan aparecer problemas psicológicos como ansiedad, depresión, debilidad... <sup>(14).(15)</sup>

Para un correcto manejo del dolor, es necesaria no sólo la utilización de fármacos analgésicos sino que también deben tratarse todos los aspectos físicos, psicológicos y sociales del paciente.

Los profesionales sanitarios tienen un papel muy importante en el manejo y control del dolor, mediante la realización de planes de cuidados en los que se incluyan tanto intervenciones farmacológicas como no farmacológicas (intervenciones de los aspectos psicológicos) que favorezcan el alivio del dolor como son la comunicación, la empatía o la educación sanitaria <sup>(6).(7)</sup>.

Actualmente, las escalas de evaluación del dolor, la entrevista personal, el abordaje psicosocial y la educación sanitaria son los métodos utilizados por el personal de Enfermería para proporcionar un alivio integral a aquellas personas que padecen dolor crónico.

Palabras clave: “dolor”, “intervenciones”, “abordaje psicológico”, “Enfermería”

# ÍNDICE

|  |    |
|--|----|
| INTRODUCCIÓN.....  | 1  |
| OBJETIVOS.....   | 5  |
| METODOLOGÍA.....   | 5  |
| IMPORTANCIA DEL PROBLEMA.....                                      | 6  |
| DESARROLLO DEL TEMA.....   | 7  |
| <i>VARIABLES PSICOLÓGICAS Y DOLOR.</i> ....                        | 10 |
| <i>PLAN DE CUIDADOS REFERIDO A LOS ASPECTOS PSICOLÓGICOS</i> ..... | 13 |
| <i>TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR</i> .....                | 17 |
| DISCUSIÓN.....   | 20 |
| CONCLUSIONES .....   | 21 |
| BIBLIOGRAFÍA.....  | 22 |
| ANEXOS .....   | 25 |

# INTRODUCCIÓN

Diversos estudios han demostrado a lo largo del tiempo que el dolor no sólo está relacionado con la existencia de aspectos sensoriales del propio fenómeno doloroso, sino que otros aspectos, cómo son los afectivos, motivacionales y cognitivos también influyen en la forma en la que el dolor es percibido por la persona que lo sufre <sup>(14),(18)</sup>

Estos aspectos psicológicos que influyen de manera significativa en la percepción del fenómeno doloroso no han sido estudiados ni tenidos en cuenta hasta épocas muy recientes, por lo que, aún queda mucho por investigar y descubrir en este campo.

Es por ello que se hace necesaria la comprensión del dolor desde una perspectiva multidisciplinar y no sólo desde una perspectiva biomédica, como se venía haciendo hasta hace relativamente poco tiempo <sup>(18)</sup>.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define el dolor como una “experiencia sensorial y emocional desagradable con daño tisular actual, potencial o descrito en términos de dicho daño” <sup>(17)</sup>, esta definición implica que el dolor es más que un fenómeno sensorial. Por ello, los aspectos psicológicos o emocionales de la experiencia dolorosa, tienen que ser considerados explícitamente en su diagnóstico y tratamiento <sup>(14),(18)</sup>.

Cada individuo otorga al dolor una intensidad y un significado que se corresponde con su propia experiencia, esto quiere decir que el dolor es un fenómeno subjetivo. Para poder comprender la subjetividad del dolor resulta útil considerar que “el dolor es todo aquello que el paciente dice que es y existe siempre que él lo dice”, tal y como propone Stembarch.

La reacción emocional y psíquica del dolor dependen de diversos factores como son: duración de la experiencia dolorosa, la intensidad, el significado subjetivo, la personalidad, los antecedentes personales, antecedentes familiares, la edad, el sexo, la raza, la religión, el nivel cultural... <sup>(14)</sup>

¿Qué es lo que ocurre, por regla general, desde un punto de vista psicológico cuándo el paciente tiene dolor?

El dolor agudo, hace que el paciente se haga preguntas del tipo ¿qué tengo?, ¿será algo malo?, esta situación produce un alto grado de ansiedad en el paciente debido a la incertidumbre.

Si una vez que se han tomado las medidas necesarias, el dolor no cede, éste se convierte en crónico, y cuando esto ocurre, el paciente busca ayuda de todas las formas posibles, además, las preguntas que antes se formulaba, se hacen más persistentes, casi obsesivas, pudiendo llegar esta situación a modificar su psiquismo.

El dolor crónico tiene un gran impacto en todos los ámbitos de la vida del paciente. Es uno de los problemas que más gasto sanitario produce <sup>(2),(3)</sup>.

Las personas que padecen dolor crónico suelen referir sentimientos de impotencia y desesperanza debido a lo difícil que resulta dar solución a su problema. Se produce por tanto, una clara pérdida de los sentimientos del propio poder y del propio valer.

Todo esto va a dar lugar a que el paciente pueda llegar a sufrir emociones negativas como ansiedad, depresión, ira... <sup>(14),(15)</sup>. Esta situación puede llevar al paciente a pautas rígidas de comportamiento.

Muchas veces, el paciente, para combatir esta situación, recurre a ciertos mecanismos, como son:

- Regresión: el paciente vuelve a estadios evolutivos que ya había superado, como la adolescencia. Con ello consigue rehuir la situación actual por “no poder con ella”, de esta manera intenta evitar el fracaso o la frustración. El paciente quiere recibir más atención por parte de la familia, que se ocupen de él, esto le va a permitir llenar necesidades afectivas tanto con la familia como con el equipo de salud. Además, con este mecanismo, consigue librarse de algunas responsabilidades.
- Introspección: El paciente se aísla del entorno en el que se encuentra para tomar consciencia de lo que le está ocurriendo.

Estos comportamientos deterioran considerablemente las capacidades personales, la autonomía y las redes sociales, haciendo, además, que el afectado tenga el dolor siempre presente.

También es importante señalar que en algunas ocasiones las personas sienten apetencia por el dolor, en estas situaciones el dolor se hace necesario para el completo bienestar de la persona.

Con todo esto, lo que vemos es que el dolor puede utilizarse como forma de comunicación para pedir algo, para expresar agresión, rechazo u hostilidad, para aliviar sentimientos de culpa e incluso para obtener satisfacción sexual.

El paciente va aprendiendo estas técnicas de utilización del dolor mediante experiencias dolorosas anteriores, a través de las cuales “descubre” que con el dolor puede obtener beneficios como compensaciones laborales, económicas, más cuidados y atenciones... Esto puede fortalecer o incrementar las manifestaciones externas de dolor, pudiendo llegar estos comportamientos a darse sin que las estimulaciones nocivas que les dieron origen estén presentes.

La falta de expresión emocional en los pacientes que sufren dolor se ha relacionado claramente con una mayor experiencia dolorosa <sup>(14)</sup>. Las estrategias de afrontamiento, recursos internos y la búsqueda de apoyo social hacen que el paciente consiga un mejor ajuste de la experiencia dolorosa, del mismo modo que una baja creencia de autoeficacia y continuos pensamientos catastrofistas, se relacionan con una mayor incapacidad, inadaptación y peor ajuste <sup>(14)</sup>.

“El dolor es el factor principal que determina la búsqueda de ayuda y la queja más común de las personas que solicitan los cuidados de salud” (Bayés, 1986; McCaffery y Beebe, 1992) <sup>(14)</sup>.

Las técnicas psicológicas tienen como objetivo modificar las actitudes y comportamientos aprendidos en relación al dolor crónico. Dentro de estas técnicas se incluyen terapias de relajación, bioretroalimentación, hipnosis, técnicas cognitivas y de condicionamiento operante, encaminadas a cambiar tanto la conducta manifiesta como la experiencia subjetiva del dolor <sup>(16)</sup>.

Según mi corta experiencia en el ámbito sanitario, opino que actualmente los cuidados de Enfermería se centran más en la realización de técnicas médicas que en los aspectos psicológicos que la enfermedad puede generar en el paciente. Por ello, veo importante e interesante tratar este tema, describiendo las principales habilidades interpersonales con las que se consigue una relación terapéutica adecuada y realizando un Plan de Cuidados en el que se reflejen algunas de las actividades que los profesionales de Enfermería deben tener en cuenta para el correcto tratamiento psicológico del paciente.

## **OBJETIVOS**

General:

- Describir el papel de la enfermera en el manejo del dolor, haciendo hincapié en la importancia que tiene llevar a cabo un tratamiento que incluya cuidados de los aspectos psicológicos del paciente.

Específico:

- Realizar un Plan de Cuidados en el que se incluyan actividades de Enfermería encaminadas a subsanar las principales variables psicológicas del dolor (depresión, ansiedad e ira)

## **METODOLOGÍA**

En primer lugar, he realizado un Plan de Cuidados de un paciente con dolor, de éste plan de cuidados he seleccionado para el desarrollo de mi trabajo, las intervenciones de Enfermería encaminadas a mejorar los aspectos psicológicos del paciente (ansiedad, ira, depresión).

Además, como base para poder llevar a cabo el trabajo he realizado una labor de documentación previa en artículos técnicos y libros relacionados con el tema a estudio, procedentes de bases bibliográficas como PsicoDoc, PubMed y revistas científicas.

Las palabras clave para mi búsqueda han sido “psicología”, “salud”, “aspectos psicológicos”, “dolor”, “paciente”, “dolor crónico”, “terapias”.

El criterio de selección ha sido la relevancia de los textos leídos con el tema que se trata en el trabajo.



## IMPORTANCIA DEL PROBLEMA

Según un estudio realizado por Kantar Health, más de un 17% de la población adulta sufre dolor. En este estudio se puede observar que hay mayor cantidad de mujeres que sufren dolor crónico que de hombres. Además, el dolor crónico es más prevalente entre los 40 y los 60 años <sup>(1)</sup>

Estos dolores provocan en las personas que los sufren problemas que afectan a su calidad de vida como: dificultades en el sueño, ansiedad y dolor de cabeza, insomnio y depresión. Gran cantidad de las personas que sufren dolor reconocen que se han visto obligadas a reducir o limitar sus actividades sociales habituales <sup>(1)</sup>.

Según el estudio ITACA (Impacto del Tratamiento Analgésico sobre la Calidad de Vida en Algias), el dolor crónico es un problema que repercute tanto en la esfera física como en la mental. El nivel de afectación del dolor crónico depende de factores como el sexo, el nivel de estudios, el peso del paciente, el consumo de alcohol... <sup>(2)</sup>

Además, este problema supone un gran absentismo laboral (las personas que lo padecen se ausentan 16 veces más de su puesto de trabajo que las personas sanas). Además del absentismo laboral, también está el problema del “presentismo laboral”, cuando el empleado está presente en su puesto de trabajo pero ausente en sus funciones, con un rendimiento muy bajo debido al dolor <sup>(1),(3)</sup>

La plataforma Change Pain afirma: “A pesar de que el dolor crónico representa un problema de salud pública con una significativa repercusión social y económica evidente en la actualidad, existen pocos datos sobre su epidemiología, lo que dificulta una estimación exacta del impacto global que supone este problema” <sup>(1)</sup>

## DESARROLLO DEL TEMA

El cuidado y la relación son la base de la profesión de Enfermería. Este proceso de cuidado se caracteriza por la relación de ayuda a la persona, familia y grupos comunitarios. El objetivo de la relación de ayuda se basa en promover la salud, prevenir la enfermedad e intervenir en la rehabilitación y aliviar el dolor <sup>(4),(5),(6)</sup>

La relación de ayuda implica que el profesional de Enfermería debe tener una actitud empática para poder captar los sentimientos, deseos, intereses y necesidades de la persona que cuida, para poder vivir en cierto modo su experiencia, sin confundir sus propios sentimientos. <sup>(4)</sup>

En la relación interpersonal existente entre Enfermero y paciente, es importante no sólo la presencia, sino el modo de estar presentes. Por tanto, y teniendo en cuenta el rol central que desempeña el trabajador de enfermería en el cuidado de los pacientes que sufren dolor, es necesario que el profesional de enfermería esté capacitado tanto en técnicas para el manejo y alivio del dolor, como en destrezas psicológicas <sup>(7)</sup>.

Para llevar a cabo este trabajo basado en la interacción enfermera-paciente, son necesarias ciertas habilidades interpersonales que normalmente son aprendidas de otros <sup>(6)</sup>. Las características de la interacción que están presentes son: comunicación, empatía, respeto, responsabilidad, apoyo y ayuda <sup>(7)</sup>.

- **Comunicación efectiva:** Ocupa un lugar prioritario en el ejercicio de la práctica profesional de los enfermeros <sup>(8)</sup>, nos permite establecer una relación terapéutica con el paciente, basada en un intercambio de información entre personal sanitario y paciente <sup>(6)</sup>, para ello, son importantes aspectos como el idioma o el lenguaje utilizado <sup>(4)</sup>. Para el paciente es importante la información recibida por parte del personal de la salud, ésta debe proporcionarse en términos adecuados y

comprensibles con el fin de aclarar dudas existentes respecto a su enfermedad <sup>(9)</sup>.

En la comunicación terapéutica el paciente es el que habla y el profesional debe escuchar con tranquilidad, interés, respeto y dirigiéndose a él de forma empática <sup>(6)</sup>.

El profesional de Enfermería debe hacer preguntas o afirmaciones que animen a expresar pensamientos y sentimientos, además debe utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación.

- **Paciencia:** con paciencia es más difícil desanimarse, no hay prisa ni estrés. El que tiene paciencia dedicará más tiempo al enfermo y le escuchará mejor <sup>(4)</sup>.
- **Empatía:** se trata de entender la situación en la que se encuentran los pacientes y comprender sus sentimientos, percepciones y acciones. Además, es importante comunicar al paciente la comprensión de los sentimientos y significados que expresa, para ello, se deben utilizar frases como “realmente, sé lo que siente”, “entiendo por lo que está pasando” <sup>(10)</sup>. A menudo, los profesionales de Enfermería no quieren empatizar con el enfermo por razones conscientes: “si empatizo con alguien que sufre, yo también sufro” <sup>(4)</sup>.

La empatía supone calidez en la relación <sup>(11)</sup>. Hay formas de desarrollar empatía, una de ellas puede ser escuchar historias ajenas sin olvidar que son ciertas, sin caer en la frivolidad como métodos de defensa <sup>(4)</sup>.

- **Respeto:** significa aceptar incondicionalmente al otro, sin realizar juicios de valor, haciendo saber al paciente que vamos a evaluar la situación en función de sus propias vivencias y valores. El respeto lleva consigo el ejercicio de la asertividad por parte del profesional <sup>(11)</sup>.

Todos los miembros del equipo sanitario deben considerar al paciente que como la figura central y entender que el objetivo de su trabajo es “asistir” a esta persona.

Las personas que sufren procesos crónicos (como el dolor crónico) padecen incapacidad residual y secuelas psicofísicas que reducen su calidad de vida <sup>(12)</sup>.

Para cuidar a estos pacientes, los profesionales de Enfermería deben incluir en su Plan de Cuidados actividades e intervenciones que vayan encaminadas a la disminución de la ansiedad, apoyo emocional, mejorar el humor...

- **Escucha activa:** es una de las principales funciones de la enfermera <sup>(5)</sup>. Es necesario que en la relación de ayuda terapéutica el paciente se sienta escuchado, sea escuchado y se escuche a sí mismo <sup>(6)</sup>, de esta manera se anima al paciente a ser más responsable de su proceso de cambio y es más probable que la intervención terapéutica tenga éxito <sup>(10)</sup>.  
No siempre tenemos una adecuada actitud de escucha activa, la mayoría de profesionales refieren que esto es así por la falta de tiempo, pero también afectan aspectos como el contagio emocional y la impotencia de no saber qué hacer para aliviar el dolor del paciente <sup>(4)</sup>.
- **Disminución de la ansiedad:** la aparición o aumento del dolor hace que el paciente hospitalizado piense en el agravamiento de su enfermedad. Estos pensamientos negativos generan un aumento de la ansiedad, que a su vez hace que la sensación de dolor sea mayor, de modo que se entra en un círculo vicioso ansiedad-dolor. Por ello, la ansiedad ha de ser tomada en cuenta por el profesional sanitario, que deberá estar capacitado para planificar acciones que disminuyan esta ansiedad.
- **Apoyo emocional:** consiste en proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión, mediante la comunicación efectiva, afirmaciones empáticas, animando al paciente a reconocer y expresar sus sentimientos...<sup>(29)</sup>.
- **Humor:** Facilitar que el paciente perciba, aprecie y exprese lo que es divertido, gracioso o absurdo con el fin de establecer relaciones, aliviar tensiones, liberar sentimientos de ira, facilitar el aprendizaje o enfrentarse a sentimientos dolorosos <sup>(29)</sup>. Según la teoría de la risoterapia, creada por el doctor Hunter "Patch" Adams, el humor y la risa tienen gran cantidad de beneficios que ayudan al paciente a superar sus problemas, su angustia y su dolor <sup>(13)</sup>.

## *VARIABLES PSICOLÓGICAS Y DOLOR.*

Desde 1968, se han establecido las emociones como una de las dimensiones que influyen en la forma de percibir y experimentar la experiencia dolorosa. Se ha comprobado que la falta de expresión emocional está relacionada con una mayor experiencia de dolor <sup>(14)</sup>.

Las emociones negativas más estudiadas y que más influyen en la experiencia de dolor son: depresión, ansiedad e ira <sup>(14),(15)</sup>.

### *ANSIEDAD Y DOLOR CRÓNICO.*

La ansiedad actúa como potenciadora y mantenedora del dolor, cuanto mayor sea el nivel de ansiedad más desagradable e intensa será la percepción del dolor <sup>(14)</sup>.

Las personas que padecen dolor crónico presentan niveles más elevados de ansiedad y una mayor incidencia de trastornos de ansiedad que el resto de la población <sup>(14)</sup>.

El sentimiento continuo de ansiedad hace que exista un aumento de la receptividad y de la percepción de los estímulos dolorosos, así como un aumento de la tensión muscular. Algunos autores indican que manteniendo constante la intensidad del dolor es el aumento de la ansiedad lo que hace que los pacientes perciban su dolor como algo insoportable, provocando un aumento de la ingesta de fármacos y complicando más la situación. Estas reacciones tienen como consecuencia final un mayor mantenimiento de la sensación dolorosa. Se genera de esta forma un círculo vicioso "dolor-ansiedad-tensión-dolor" <sup>(14),(15)</sup>.

### *DEPRESIÓN Y DOLOR CRÓNICO*

La depresión es una de las respuestas emocionales que más se asocia al dolor <sup>(14)</sup>.

Se ha demostrado que cuando coexisten dolor y depresión, ambos tienden a cronificarse (Dworkin y Caligor, 1988). La presencia de depresión en pacientes con dolor dificulta la expresión de sentimientos negativos y provoca una

reducción del nivel de actividad de los pacientes, contribuyendo todo ello a un mayor grado de interferencia del dolor en sus vidas <sup>(14)</sup>.

Desde el punto de vista psicodinámico, al contrario que en el modelo conductural, se considera a la depresión el trastorno primario y el dolor crónico representa una variante del estado depresivo <sup>(14),(15)</sup>.

Según los modelos biológicos la depresión y el dolor crónico se producen de manera simultánea. Además, se considera que la depresión aumenta la tendencia a percibir las sensaciones corporales de forma más amenazante <sup>(14)</sup>.

### IRA Y DOLOR CRÓNICO.

Muchos de los pacientes con dolor experimentan estados emocionales de ira, sentimiento que influye de manera muy negativa en la adaptación del paciente. A pesar de esto, es la emoción negativa asociada al dolor menos estudiada <sup>(15)</sup>.

La frustración frente a la enfermedad, los fracasos terapéuticos y la escasa información sobre la causa del dolor incrementan la posibilidad de que los pacientes tengan estados emocionales de ira asociados, como una respuesta natural al dolor <sup>(14)</sup>.

La inhibición o incapacidad de la expresión de los sentimientos de ira está relacionado con una disminución de la tolerancia y un incremento del dolor y la incapacidad.

Algunas hipótesis afirman que el dolor crónico y la ira asociada a éste disminuyen las defensas naturales del organismo contra la enfermedad, el dolor y la depresión <sup>(15)</sup>.

La ira de los pacientes con dolor crónico también puede ser entendida como el resultado de los efectos de la depresión, ausencia de apoyo social y de la ansiedad <sup>(14)</sup>.

## PERSONALIDAD Y DOLOR CRÓNICO

Los pacientes con dolor crónico tienen una mayor tendencia a padecer trastornos como ansiedad, rasgos histéricos, rasgos hipcondriacos, obsesiones...<sup>(14)</sup>.

Existe una relación positiva entre el nivel de neuroticismo y el nivel de dolor, en relación con la mayor producción de pensamientos catastrofistas.

## AFRONTAMIENTO Y DOLOR CRÓNICO.

Existen distintos tipos de estrategias de afrontamiento del dolor crónico, estas estrategias son entendidas como las actividades que utilizan las personas para minimizar las consecuencias que los eventos negativos pueden tener sobre su bienestar psicológico. Están divididas en:

- Estrategias activas: usadas por los pacientes para controlar el dolor o seguir con sus actividades a pesar del mismo (ejercicio, planificación, autocontrol)
- Estrategias pasivas, en las que el paciente atribuye el dolor a una fuente externa (inactividad, ausencia de toma de medicación...)
- Estrategias cognitivas: influyen en el dolor a través del pensamiento a través de la distracción, el humor...
- Estrategias conductuales: modifican conductas como permanecer en la cama, tomar medicamentos...
- Estrategias evitativas: distraen la atención de la fuente de estrés.
- Estrategias asimilativas: el objetivo de estas terapias es modificar las circunstancias insatisfactorias de la vida teniendo en cuenta las preferencias personales del paciente.

## *PLAN DE CUIDADOS REFERIDO A LOS ASPECTOS PSICOLÓGICOS*

### **DIAGNÓSTICO: 00133 DOLOR CRÓNICO**

#### **Características y factores:**

- Centrar la atención en si mismo
- Conducta defensiva
- Depresión
- Irritabilidad
- Inquietud
- Reducción de la interacción con los demás
- Incapacidad psicosocial y crónica

### **NOC: 1306 Dolor: Respuesta psicológica adversa**

#### **NIC: Humor. Actividades:**

- Determinar a través de la comunicación y relación terapéutica, los tipos de humor apreciados por el paciente.
- Evitar áreas de contenidos sensibles para el paciente.
- Señalar la incongruencia de una situación, con humor.
- Comentar las ventajas de la risa con el paciente.
- Responder de forma positiva a los intentos humorísticos del paciente.
- Observar la respuesta del paciente y suspender la estrategia de humor, si no es efectiva

#### **NIC: Ayuda para el control del enfado. Actividades:**

- Establecer una compenetración y relación de confianza básicas con el paciente.
- Utilizar un acercamiento que sea sereno y que dé seguridad.
- Ayudar al paciente a identificar la causa de enfado.
- Apoyar al paciente en la puesta en práctica de estrategias de control del enfado y la manifestación adecuada de este.

Otros NIC relacionados: Apoyo emocional, aumentar los sistemas de apoyo, dar esperanza, escucha activa y mejorar el afrontamiento.



**NOC: 12111 Nivel de ansiedad**

**NIC: Disminución de la ansiedad. Actividades:**

- Utilizar un enfoque sereno que transmita seguridad al paciente.
- Explicar todos los procedimientos, incluidas todas las posibles sensaciones que se pueden notar durante los procedimientos.
- Tener una actitud empática y asertiva con el paciente.
- Animar al paciente a que exprese sus sentimientos, percepciones y miedos.
- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.
- Crear un ambiente que facilite la confianza

**NIC: Apoyo emocional. Actividades:**

- Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.
- Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo.
- Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.

**NIC: Escucha activa. Actividades:**

- Establecer el propósito de la interacción.
- Mostrar interés por el paciente.
- Hacer preguntas o afirmaciones que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones.
- Mostrar conciencia y sensibilidad hacia las emociones.
- Estar atento al tono, volumen, ritmo, entonación e inflexión de la voz.
- Aclarar el mensaje y verificar su comprensión mediante el uso de preguntas y retroalimentación.

**NIC: Apoyo en la toma de decisiones. Actividades:**

- Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones de forma clara y con todo el apoyo.
- Ayudar al paciente a identificar ventajas e inconvenientes de cada alternativa.
- Respetar el derecho del paciente a recibir o no información

NIC: Distracción. Actividades:

- Individualizar el contenido de la técnica de distracción en función de las técnicas utilizadas con éxito anteriormente y de la edad o nivel de desarrollo del paciente.
- Fomentar la participación de la familia y los allegados y enseñarles si fuera oportuno
- Evaluar y registrar la respuesta a la distracción.

NIC: Mejorar el afrontamiento. Actividades:

- Ayudar al paciente a descomponer los objetivos complejos en etapas pequeñas y manejables.
- Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.
- Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva
- Utilizar un enfoque sereno, tranquilizar
- Fomentar el dominio gradual de la situación.

NIC: Terapia de relajación. Actividades:

- Considerar la voluntad y capacidad de la persona para participar, preferencias, experiencias pasadas y contraindicaciones antes de seleccionar una estrategia de relajación determinada.
- Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones con luces suaves y una temperatura agradable.
- Inducir conductas que estén condicionadas para producir relajación.
- Fomentar la repetición o práctica frecuente de las técnicas seleccionadas.

Otros NIC relacionados: Musicoterapia y apoyo espiritual

**NOC: 1208 Nivel de depresión**

**NIC: Dar esperanza. Actividades:**

- Evitar disfrazar la verdad
- Implicar al paciente activamente en sus propios cuidados
- Proporcionar al paciente/familia la oportunidad de implicarse en grupos de apoyo.

**NIC: Acuerdo con el paciente. Actividades:**

- Ayudar al paciente a identificar las prácticas sobre la salud que desea cambiar.
- Ayudar al paciente a establecer objetivos realistas, que puedan conseguirse.

**NIC: Apoyo espiritual. Actividades:**

- Tratar al individuo con dignidad y respeto.
- Animar a participar en interacciones con familiares, amigos y otras personas.
- Estar abierto a las expresiones del individuo de soledad e impotencia.

**NIC: Musicoterapia. Actividades:**

- Determinar el interés del individuo por la música.
- Identificar las preferencias musicales del paciente.
- Facilitar la participación activa del individuo (tocar un instrumento o cantar) si lo desea y es factible dentro de la situación.

**NIC: Fomento del ejercicio. Actividades:**

- Evaluar las creencias de salud del individuo sobre el ejercicio físico
- Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios adecuados a sus necesidades.
- Controlar la respuesta del individuo al programa de ejercicios.

Además de estas actividades incluidas en el Plan de Cuidados, para tratar cuestiones como la ansiedad y la ira el profesional de Enfermería debe enseñar al paciente técnicas como:

- Respiración abdominal: Consiste en enseñar al paciente a respirar de forma pausada y profunda, llevando el aire al abdomen, sostener el aire durante 5 segundos y después espirar suavemente. Hay que sugerir al paciente que practique esta técnica cuando se sienta angustiado o cuando tenga mucha ira acumulada en su interior.
- Relajación muscular profunda: Consiste en enseñar al paciente a distender los músculos a la vez que realiza la respiración abdominal y se orienta la atención a cada uno de los grupos musculares
- El profesional de Enfermería debe conseguir que el paciente desvíe su atención hacia estímulos externos al propio cuerpo. El hecho de que el paciente se concentre en un objeto de su ambiente y lo describa verbal o mentalmente, genera una disminución de los síntomas de ansiedad e ira.
- También es importante enseñar al paciente a reaccionar de manera diferente ante situaciones estresantes, aprendiendo a relajarse en lugar de activarse innecesariamente.

### *TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR*

Las medicinas complementarias y alternativas constituyen una compleja combinación de intervenciones que adoptan un punto de vista holístico en el que influyen los componentes sensorial, emocional y afectivo <sup>(16)</sup>. El objetivo general del uso de estas terapias complementarias es disminuir el dolor en los pacientes utilizando técnicas como la musicoterapia, ejercicios de relajación... Estas terapias son utilizadas conjuntamente con la medicina convencional. Tipos de terapias complementarias:

- Intervenciones psicoeducativas: Incluye educación para la salud, técnicas de afrontamiento, manejo del estrés y entrenamiento conductual. Los contenidos fundamentales de estas intervenciones

están relacionados con la información educativa acerca de la enfermedad y sus complicaciones, al entrenamiento para conseguir un adecuado afrontamiento de las diferentes situaciones y con la facilitación de apoyo emocional <sup>(23),(28)</sup>.

- Intervenciones cognitivo-conductuales: Son útiles en la reducción del malestar emocional y el control de los síntomas físicos en los pacientes. Tienen una duración breve y sólo pueden ser utilizadas para el control de determinados síntomas y la mejora de la calidad de vida. Se basa en que la percepción de los síntomas depende de la forma en la que los pacientes los entiendan y los acepten <sup>(28)</sup>.
- Terapia interpersonal de la depresión: Se centra en el análisis de factores como: relaciones confiables durante la vida, estabilidad y calidad de las relaciones tempranas, presencia de estrés interpersonal o la pérdida de relaciones significativas. Los objetivos de esta terapia son el alivio y la superación de las dificultades de la relación interpersonal del paciente y su dominio sobre la situación en la que se encuentra <sup>(22)</sup>.
- Intervenciones grupales: esta terapia combate el aislamiento del paciente ante la enfermedad, además, favorece la expresión de emociones y preocupaciones, el apoyo emocional mutuo y el uso de estrategias de afrontamiento activo <sup>(23)</sup>.
- Estrategias integradas: Proponen diseñar intervenciones individualizadas para cada paciente según sus necesidades <sup>(23)</sup>.
- Participación activa del sujeto: Esta terapia permite que el paciente tenga responsabilidad sobre las decisiones que influyen en su salud y en su tratamiento <sup>(23)</sup>.
- Técnicas de imaginación y visualización para el control del dolor: La eficacia de esta técnica depende de la actitud del paciente. Está demostrado que la utilización del pensamiento con imágenes reduce el estrés y el dolor significativamente <sup>(28)</sup>.

- Técnicas de relajación para el control del dolor: Para poder llevar a cabo esta técnica se necesitan al menos cuatro elementos para ayudar a alcanzar la respuesta de relajación adecuada:
  - Un medio ambiente tranquilo.
  - Cierta distensión del tono muscular.
  - Alguna palabra, sonido o frase repetida.
  - Una actitud receptivamente pasiva.
- Hipnosis: es una técnica que puede ser combinada con otras y aplicada a diferentes áreas. El estado hipnótico es un estado alternativo de la mente, que es inducido en una persona por parte de otra. En este estado aumenta la probabilidad de que las sugerencias sean aceptadas y cumplidas.
- Musicoterapia: se ha demostrado que la música induce relajación y distracción del foco del dolor, disminuyendo así, la ansiedad y el estrés. Además, la musicoterapia ayuda a aumentar la motivación y el humor del paciente. Este tipo de intervenciones proporciona apoyo emocional, orientación de la realidad y estimulación sensitiva <sup>(23),(28)</sup>.

## DISCUSIÓN

El personal de Enfermería es el que tiene mayor contacto con el paciente, por lo que debe ser el responsable de proporcionarle las herramientas más adecuadas para abordar el dolor. Así mismo, también es el responsable de valorar adecuadamente y de determinar el impacto que el dolor produce tanto en el propio paciente como en su familia.

Las principales actividades que debe realizar el profesional de Enfermería para conseguir una buena relación terapéutica con el paciente se basan en la comunicación efectiva, la comprensión, la aceptación, la tolerancia, la escucha activa, el establecimiento de una relación de ayuda donde los pensamientos y sentimientos se reflejen de manera coherente con las acciones que se realizan (7).

Los expertos del dolor recomiendan que el profesional informe siempre al paciente del procedimiento que se va a llevar a cabo, así como de las consecuencias del mismo, ya que, es la desinformación del paciente uno de los factores que más ansiedad genera.

Para conseguir un mejor abordaje psicológico del paciente con dolor, sería interesante que la formación universitaria incluyese actividades que permitan a los futuros profesionales de Enfermería conocer los sentimientos que tienen a diario las personas que sufren dolor. Podría ser útil que se impartiesen charlas y talleres de educación sanitaria donde se puedan aprender estrategias para abordar el dolor y mejorar la calidad de vida del paciente, de manera que estos conocimientos podamos transmitirlos a nuestros pacientes en un futuro.

## CONCLUSIONES

En la actualidad, el dolor crónico es descrito en términos de un fenómeno complejo que necesita de una visión multidisciplinar. Es necesario para entender correctamente el dolor, tener en cuenta los componentes motivacionales, sensoriales y cognitivos, tanto en su origen como en su mantenimiento <sup>(14),(18)</sup>.

Los tratamientos psicológicos permiten una reducción del dolor, un aumento de la actividad general del paciente, disminución de la farmacoterapia y unas relaciones familiares y sociales más adecuadas; esto significa, un aumento de la calidad de vida. Por todo ello, es importante y necesario incidir en la aplicación de tratamientos no farmacológicos, incluyendo estos en los planes de cuidados al paciente con dolor, de forma que la atención sanitaria no sólo se centre en las técnicas médicas, sino que también deben cuidarse los aspectos psicológicos del paciente mediante la comunicación efectiva, la empatía, el respeto.... <sup>(7)</sup>

Se considera importante, debido al rol central que desempeña el trabajador de enfermería en el cuidado de los pacientes que sufren dolor, capacitar al futuro profesional en el conocimiento de ciencias básicas y terapias complementarias aplicadas al manejo y alivio del dolor, destrezas técnicas y psicológicas, para así lograr una perfecta interpretación y un mayor acercamiento a las manifestaciones que sufren los pacientes.

Además, los profesionales sanitarios deben mantener sus conocimientos en continua actualización, ya que la formación no acaba en la Universidad, sino que los tiempos van cambiando, y con ellos las formas de tratar y abordar los problemas de salud del paciente.



## BIBLIOGRAFÍA

1. ABC Salud. [Online]; 2013 [cited 2015 Mayo 13] Disponible en: <http://www.abc.es/salud/noticias/20120510/abci-mapa-dolor-cronico-espana-201309051557.html>.
2. Casals M., Samper D. Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico: Estudio ITACA. Rev. Soc. Esp. Dolor [revista en la Internet]. 2004 Jul [citado 2015 Jun 03]; 11(5): 260-269. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462004000500002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462004000500002&lng=es).
3. 20 minutos. [Online]; 2012 [cited 2015 Mayo 16] Disponible en: <http://www.20minutos.es/noticia/1306601/0/dolor-problema/salud-causa-mas/absentismo-laboral/>
4. Daza de Caballero Rosita, Torres Pique Ana María, Prieto de Romano Gloria Inés. Análisis crítico del cuidado de enfermería: Interacción, participación y afecto. Index Enferm [revista en la Internet]. 2005 Jun [citado 2015 Jun 03] ; 14(48-49): 18-22. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962005000100004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000100004&lng=es).
5. Zupiria X. Pautas para optimizar la relación enfermo-profesional de la salud. In Zupiria X. Relación entre el profesional de la salud y el enfermo. País Vasco; 2000.p.203-252
6. Vidal Blan R., Adamuz Tomás J., Feliu Baute P.. Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. Enferm. glob. [revista en la Internet]. 2009 Oct [citado 2015 Jun 03] ; (17): Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412009000300021&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412009000300021&script=sci_arttext)
7. Montealegre Gómez DC. Retos para Enfermería en el cuidado de personas con dolor: una forma de humanización. Revista Cuidarte. 2014; 5(1): p. 679-688.
8. Müggenburg Rodríguez Vigil María Cristina, Riveros-Rosas Angélica. Interacción enfermera-paciente y su repercusión en el cuidado hospitalario: Parte I. Enferm. univ [revista en la Internet]. 2012 Mar [citado 2015 Jun 03] ; 9( 1 ): 36-44. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632012000100005&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632012000100005&lng=es).
9. Jaramillo Echeverri Luis Guillermo, Pinilla Zuluaga Carlos Alberto, Duque Hoyos Martha Isabel, González Duque Lucero. Percepción del paciente y su relación comunicativa con el personal de la salud en el servicio de agudos del Hospital de Caldas. Manizales (Colombia). Index Enferm [revista en la Internet]. 2004 Nov [citado 2015 Jun 03] ; 13(46): 29-33. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962004000200006&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200006&lng=es).
10. Bados López A, García Grau E. Habilidades terapéuticas Barcelona; 2011 Jun [citado 2015 Jun 03]. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18382/1/Habilidades%20terap%C3%A9uticas.pdf>
11. García Laborda Ana, Rodríguez Rodríguez Juan Carlos. Factores personales en la relación terapéutica. Rev. De la asociación española de neuropsiquiatría. 2005 Oct-Dic [citado 2015 Jun 03]; 15(96): 29-36. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n96/v25n4a03.pdf>

12. Mejía Lopera María Eugenia. Significado del cuidado de enfermería para el paciente en estado de cronicidad. *Index Enferm* [revista en la Internet]. 2008 Dic [citado 2015 Jun 03] ; 17(4): 231-235. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962008000400002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000400002&lng=es).
13. Europapress. [Online].; 2010 [cited 2015 Jun 03]. Disponible en:  
<http://www.europapress.es/comunitat-valenciana/noticia-creador-risoterapia-propone-empatizar-paciente-destaca-importancia-humor-frente-sufrimiento-20100213165202.html>.
14. Truyols Taberner M.<sup>a</sup> Magdalena, Pérez Pareja Javier, Medinas Amorós M.<sup>a</sup> Magdalena, Palmer Pol Alfonso, Sesé Abad Albert. Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor crónico. *Clínica y Salud* [revista en la Internet]. 2008 Ene [citado 2015 Jun 03] ; 19(3): 295-320. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742008000300003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000300003&lng=es)
15. Truyols Taberner M.<sup>a</sup> Magdalena, Medinas Amorós M.<sup>a</sup> Magdalena, Perez Pareja Javier, Palmer Pol Alfonso, Sesé Abad Albert. Emociones Negativas en Pacientes con Lumbalgia Crónica. *Clínica y Salud* [revista en la Internet]. 2010 [citado 2015 Jun 10] ; 21(2):123-140. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742010000200002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742010000200002&lng=es).
16. Martínez Sánchez L.M., Martínez Domínguez G.I., Gallego González D., Vallejo Agudelo E.O., Lopera Valle J.S., Vargas Grisales N. et al . Uso de terapias alternativas, desafío actual en el manejo del dolor Use of alternatives therapies, current challenge in the management of pain. *Rev. Soc. Esp. Dolor* [revista en la Internet]. 2014 Dic [citado 2015 Jun 10]; 21(6): 338-344. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462014000600007&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462014000600007&lng=es).  
<http://dx.doi.org/10.4321/S1134-80462014000600007>
17. Ibarra Eduardo. Una Nueva Definición de "Dolor": Un Imperativo de Nuestros Días. *Rev. Soc. Esp. Dolor* [revista en la Internet]. 2006 Mar [citado 2015 Jun 11] ; 13(2): 65-72. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462006000200001&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462006000200001&lng=es)
18. Menossi Maria José, Lima Regina Aparecida Garcia de, Corrêa Adriana Katia. Dolor y reto de la interdisciplinaridad frente al cuidado del niño. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2008 Junio [citado 2015 Junio 11] ; 16( 3 ): 489-494. Disponible en:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692008000300025&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000300025&lng=en).  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000300025>.
19. Piñerúa-Shuhaibar Lorena, Estévez Jesús, Suárez-Roca Heberto. Autescala de Zung para depresión como predictor de la respuesta sensorial y autonómica al dolor. *Invest. clín* [revista en la Internet]. 2007 Dic [citado 2015 Jun 11] ; 48(4): 469-483. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0535-51332007000400007&lng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0535-51332007000400007&lng=es).
20. González-Forteza Catalina, Wagner Echeagaray Fernando A., Jiménez Tapia Alberto. Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en México:

- análisis bibliométrico. *Salud Ment* [revista en la Internet]. 2012 Feb [citado 2015 Jun 11]; 35(1):13-20. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252012000100003&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100003&lng=es).
21. Pardo C., Muñoz T., Chamorro C.. Monitorización del dolor: Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. *Med. Intensiva* [revista en la Internet]. 2006 Nov [citado 2015 Jun 11] ; 30(8): 379-385. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-56912006000800004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912006000800004&lng=es).
  22. Heerlein Andrés. Psicoterapia interpersonal en el tratamiento de la depresión mayor. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* [revista en la Internet]. 2002 Oct [citado 2015 Jun 12] ; 40(Suppl1):63-76. Disponible en:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272002000500005&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000500005&lng=es).  
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000500005>.
  23. Rodríguez Vega B, Palao Tarrero A, Hospital Moreno A, Orgaz Barnier P. Complicaciones psiquiátricas (I): Ansiedad y depresión. In González Barón M, Ordóñez A, Feliu J, Zamora P, Espinosa E. *Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer*. Madrid: Panamericana; 2007. p. 677-688.
  24. Boyle G, Fernández E, Ortet G. El cuestionario de dolor de McGill. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*. 2003; 12(1): p. 111-119.
  25. Guic Eliana, Galdames Susan, Rebolledo Policarpo. Adaptación cultural y validación de la versión chilena del Cuestionario de Discapacidad Roland-Morris. *Rev. méd. Chile* [revista en la Internet]. 2014 Jun [citado 2015 Jun 14] ; 142( 6 ): 716-722. Disponible en:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872014000600005&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014000600005&lng=es).  
<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014000600005>
  26. Vilagut Gemma, Ferrer Montse, Rajmil Luis, Rebollo Pablo, Permanyer-Miralda Gaietà, Quintana José M. et al . El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit* [revista en la Internet]. 2005 Abr [citado 2015 Jun 14] ; 19(2): 135-150. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112005000200007&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007&lng=es).
  27. Mella Mejías C, García Álvarez R. Ansiedad en el paciente de consulta externa. *Acta médica dominicana*. 1989; 11(6): p.212-216.
  28. Castillo Bueno M, Moreno Pina J, Martínez Puente M, Artilés Suárez M, Sancho Company M, García Andrés M, et al. Efectividad de las intervenciones enfermeras en pacientes adultos con dolor crónico: una revisión sistemática. *JBI Library of Systematic Reviews*. 2010; 8(28): p. 1112-1168
  29. Bulechek GM, Butcher HK, McClonskey-Dochterman J, editoras. *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2009

## **ANEXOS**

La evaluación del grado de dolor que un paciente sufre pasa, en el ámbito clínico, por un proceso de medición de sus características (intensidad y magnitud) y de la posterior interpretación de esa medición teniendo en cuenta otro tipo de características como son el inicio o la irradiación del dolor.

### **INSTRUMENTOS PARA MEDIR EL DOLOR**

#### **Cuestionario del dolor McGill Questionnaire**

Mc Grill Questionnaire (MPQ): Se basa en que la percepción del dolor es multidimensional (sensorial discriminativa, motivacional-afectiva y cognitivo-evaluativa), el autor del cuestionario intenta valorar cuantitativamente estas tres dimensiones del dolor. Este cuestionario consta de 84 ítems con los que se pretende evaluar los síndromes del dolor <sup>(24)</sup>.

Es un instrumento útil y rápido de usar en la práctica clínica para identificar los componentes del dolor percibido por el paciente. Este cuestionario sirve tanto para el dolor crónico como para el agudo.

El cuestionario completo está formado por:

- 84 descriptores distribuidos en 20 subclases y, a su vez, en tres dimensiones (sensorial, afectiva y evaluativa)
- Una escala visual analógica.
- Una representación de la figura humana en la que debe señalarse el lugar en el que se localiza el dolor.
- Se complementa con la recogida de datos personales.

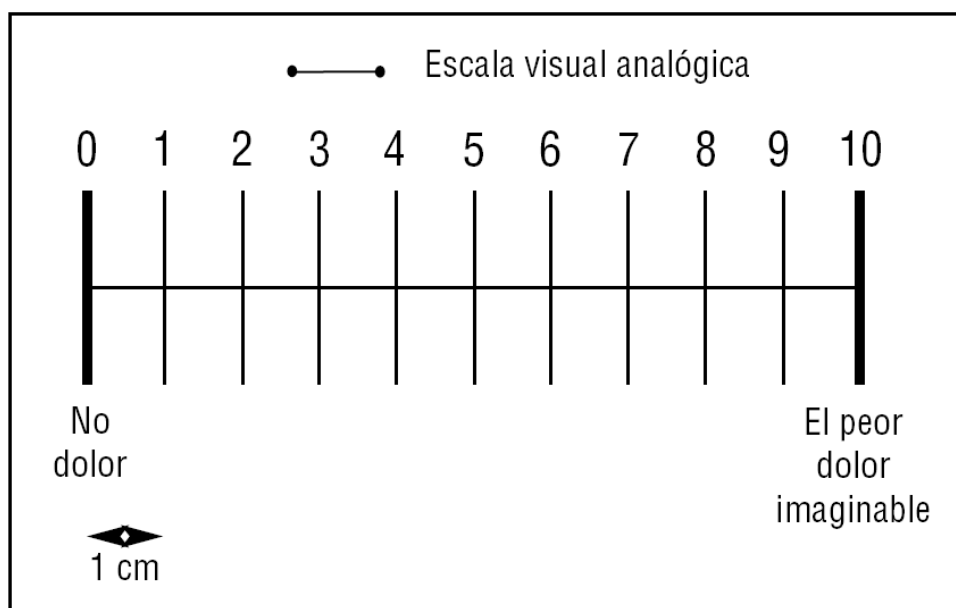
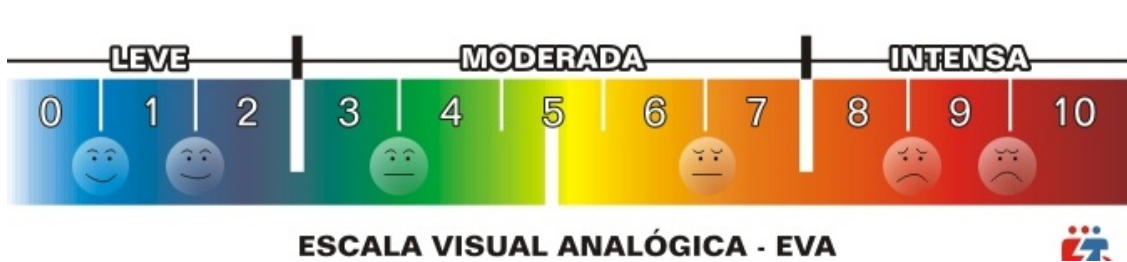
Desde su publicación en 1975, el MPQ se ha convertido en el instrumento más utilizado y sensible en la valoración multidimensional del dolor.

## Escala visual analógica (EVA)

Sirve para medir la intensidad, cambio y recuerdo del dolor en pacientes con dolor moderado o intenso. Consiste en una línea recta de 10 cm de longitud, siendo uno de los extremos de la línea el “no dolor” y el otro extremo “peor dolor imaginable”. Da al paciente la posibilidad de marcar en la línea el punto que mejor describe su dolor <sup>(21)</sup>.

Es una de las escalas más utilizadas debido a su fiabilidad y su sencillez.

Un valor inferior a 4 significa dolor leve o leve-moderado, un valor entre 4 y 6 implica dolor moderado-grave, y un valor superior a 6 implica la presencia de un dolor muy intenso <sup>(21)</sup>.



## **INSTRUMENTOS PARA MEDIR LA DEPRESIÓN**

### **Escala de Zung**

Se utiliza como instrumento de identificación de posibles casos de un episodio depresivo en personas hospitalizadas por enfermedades médicas y en la población general.

La autoescala de Zung es un instrumento autoadministrable que proporciona información de los aspectos afectivos, cognitivos y somáticos del paciente <sup>(19)</sup>.

Esta escala consta de 20 preguntas que se subdividen en cuatro categorías: afectiva, fisiológica, psicomotora y psicológica. Cada pregunta está relacionada con características específicas de la depresión. Las respuestas del paciente van de 1 (raramente) a 4 (siempre) en preguntas negativas, y de 4 (raramente) a 1 (siempre) en preguntas positivas. Posteriormente se suman las respuestas y se transforman en un índice que señala el grado de depresión que sufre el individuo <sup>(19)</sup>.

Se considera un rango normal entre 25-43. El rango de las personas deprimidas hospitalizadas se encuentra entre 63-90, mientras que el rango de las personas ambulatorias deprimidas es de 50-78.

### **Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos**

Es un instrumento de detección de casos de depresión según la sintomatología del paciente durante la última semana. Se trata de una escala útil y económica ya que no es necesaria la presencia de personal especializado para su calificación. Consta de 20 ítems agrupados en cuatro apartados: afecto positivo, afecto negativo, relaciones interpersonales y actividad retardada y somatización <sup>(20)</sup>.

Se ha utilizado en muchas poblaciones y países.

Una puntuación menor de 16 significa que el paciente no sufre depresión, un valor entre 16-20 se considera depresión leve, un valor mayor de 26 supone depresión severa.

## **INSTRUMENTO PARA MEDIR LA ANSIEDAD.**

### **Escala de Ansiedad de William K. Zung.**

En esta escala se evalúan elementos afectivos y somáticos. Consta de 20 ítems cuya puntuación va de 1 (raramente) a 4 (siempre) para las preguntas negativas y 4(raramente) a 1 (siempre) en las preguntas positivas. La puntuación que se puede obtener en esta escala tiene un rango de 25-100, según la puntuación que se obtenga, la ansiedad se puede dividir en cuatro niveles <sup>(27)</sup>:

- Puntuación de hasta 44 se considera normal.
- Puntuación entre 45-59 se considera un trastorno de ansiedad moderada.
- Puntuación entre 60 y 74 significa ansiedad severa.
- Puntuación mayor de 75 indica ansiedad extrema.

## **INSTRUMENTOS PARA MEDIR LA DISCAPACIDAD.**

### **Escala de Roland.**

El cuestionario de Roland-Morris es un método autoaplicable que sirve para determinar de manera fiable el grado de incapacidad física y psicológica derivado del dolor lumbar <sup>(25)</sup>.

Es útil para identificar los casos en los que el grado de incapacidad es exageradamente alto o persistente, además, sirve para hacer el seguimiento de la evolución de los pacientes.

La escala de Roland no se puede utilizar para medir la intensidad del dolor, ya que dolor e incapacidad no se correlacionan bien.

Consta de 24 preguntas que el paciente tiene que responder con "Sí" o "No". Para determinar el grado de incapacidad, basta con contar el número de frases señaladas por el paciente, siendo 0 la ausencia de incapacidad y 24 la máxima incapacidad posible <sup>(25)</sup>.

## **INSTRUMENTOS PARA MEDIR LA CALIDAD DE VIDA**

### **Cuestionario de salud SF-36**

Es una versión abreviada del Medical Outcome Study. Proporciona un perfil del estado de salud del paciente y es uno de los métodos más utilizados en la evaluación de resultados clínicos.

Está formado por 36 ítems que valoran tanto los estados positivos como los negativos de la salud. Fue desarrollado a partir de un conjunto de cuestionarios que incluyen cuarenta conceptos relacionados con la salud. Diseñado para ser autoaplicado, en entrevistas personales o telefónicas <sup>(26)</sup>.

Consta de escalas multiítem para medir 8 dimensiones: Función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental.