



Universidad de Valladolid

**Facultad de Enfermería de
Valladolid**

Grado en Enfermería

Curso 2017/18

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

Autor:

Javier Valentín Llanos

Tutor:

Jose Luis Viaña

RESUMEN

Si analizamos el dolor, en todas las culturas de todas las épocas ha sido un elemento de preocupación constante. Por esta razón es por la que el hombre se ha interesado siempre en entender su origen y en poder controlarlo. El dolor se puede clasificar de múltiples formas: atendiendo a su duración, a su patogenia, según su localización, según su curso, según su intensidad y según su sensibilidad a distintos fármacos. La presente revisión bibliográfica se basa en el modelo de estrés de Lazarus; una persona sufrirá un nivel de dolor proporcional a la manera en que lo afronte, por ello su cultura y su personalidad jugarán un papel fundamental. El manejo completo del dolor se realizará, por un lado mediante analgesia (manejo físico) y por otro lado con terapias psicológicas que ayuden a paliarlo (manejo psicológico). La revisión concluye con un plan de cuidados de enfermería dirigido al paciente con dolor por enfermedad vascular.

Palabras clave: paciente con dolor, evaluación del dolor, manejo del dolor, isquemia.

ABSTRACT

Analysing pain, it has been a constant concern for every single culture along all epochs. That is why human being has been always interested in its origin and how to control it. Pain can be classified in multiple ways, according to its duration, pathogenesis, location, development, severity and its sensitivity to different drugs. This bibliographic review is based on the Lazarus's stress model; each person will suffer an intensity of pain proportional to the way they face it, so that own culture and personality play a crucial role. A complete management of pain consists, first, in analgesia (physical management) and, second, in psychological therapies that palliate it (psychological management). This review ends with a nursing health care plan for patients with pain due to a vascular disease.

Key words: patient with pain, pain assessment, pain's management, ischemia.

ÍNDICE

RESUMEN	2
1. GLOSARIO DE ABREVIATURAS	4
2. INTRODUCCIÓN	4
3. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO.....	9
4. OBJETIVOS.....	9
5. MATERIAL Y MÉTODOS	9
6. TIPOS DE DOLOR Y EVALUACION DEL DOLOR.....	10
7. CONDUCTAS ANTE EL DOLOR	14
8. MANEJO DEL DOLOR	19
9. PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS AL PACIENTE CON DOLOR ISQUÉMICO.....	22
10. CONCLUSIONES.....	26
11. AGRADECIMIENTOS.....	27
12. BIBLIOGRAFÍA	27
12.1.- BIBLIOGRAFÍA ANEXO II.....	30
12.2.- BIBLIOGRAFÍA ANEXO III.....	30
ANEXO I.....	31
ANEXO II	32
ANEXO III.....	35

1. GLOSARIO DE ABREVIATURAS

- ISAP: Asociación Internacional para el Estudio del Dolor.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- ABVD: Actividades básicas de la vida diaria.
- BPS: Behavioral Pain Escala o Escala del comportamiento ante el dolor.
- EVA: Escala visual analógica.
- SEMICYUC: Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias.
- AINE: Antiinflamatorio no esteroideo.
- NANDA: North American Nursing Diagnosis Association o Asociación norte americana de diagnósticos enfermeros.
- NOC: Nursing Outcomes Classification o Clasificación de resultados enfermeros.
- NIC: Nursing Interventions Classification o Clasificación de intervenciones enfermeras.

2. INTRODUCCIÓN

Si realizamos una retrospectiva basada en la evolución del dolor que abarque el crecimiento de todos los pueblos y civilizaciones hasta el concepto que poseemos actualmente, observamos datos importantes que nos ayudan a contextualizar y entender ésta evolución. Analizando el dolor, en todas las culturas de todas las épocas ha sido un elemento de preocupación constante. Es por ello por lo que el hombre se ha interesado siempre en entender su origen y en poder controlarlo (Cabral, 1993).

Los descubrimientos sobre la prehistoria nos revelan que desde un principio, el ser humano y el dolor han permanecido continuamente unidos: huesos rotos o dañados por procesos tumorales e infecciosos y representaciones rupestres, dibujos y tallas simbolizando la muerte, mujeres dando a luz o las lesiones que se producían por accidentes, etc. Todos estos elementos constituyen las primeras pruebas del dolor en el ser humano (Fernández-Torres, Márquez y De las Mulas, 1999). Este

vínculo entre los procesos dolorosos y el ser humano ha generado un importante impulso para la creación y el avance de las ciencias de la salud.

Las familias prehistóricas no tenían problema para comprender el dolor que les provocaba una flecha, una fractura accidental o el altercado con algún animal, pero cuando sentían un dolor interno lo asociaban a un significado místico y religioso. Esta creencia de intrusión maligna en el cuerpo o de pérdida de alma a la que lo asociaron les llevó a buscar soluciones, tales como protegerse con aros que se colocaban en la nariz y en las orejas, reliquias y lo que hoy conocemos como tatuajes. Sin embargo, a la hora de manejar el dolor recurrían al chamán de la tribu, que además hacía las veces de sacerdote y vidente, estos realizaban rituales por los que ahuyentaban a los malos espíritus (Cabral, 1993; Fernández-Torres, Márquez y De las Mulas, 1999).

Los mesopotámicos creían que cada individuo tenía sus dioses particulares que les protegían y, por tanto, que la enfermedad se producía por malos espíritus que causaban el daño cuando estos dioses cesaban en su cometido de protección (Fernández-Torres, Márquez y De las Mulas, 1999).

Para la sociedad egipcia los problemas de salud eran una gran preocupación, lo relacionaban con la mediación de los dioses y de los fallecidos. Creían que los dolores surgían debido a la entrada de un mal espíritu en el cuerpo, el cual podía ser expulsado mediante vómitos, heces o sudor. Para ellos el centro del pensamiento, de las sensaciones y del sufrimiento era el corazón. Esta idea prevaleció en distintas culturas durante los 2000 mil años siguientes (Cabral, 1993; Fernández-Torres, Márquez y De las Mulas, 1999).

En China, en los libros de Nei Ching, redactados 2600 años antes de Cristo, se reflejaba la base de la medicina tradicional china. De acuerdo con este canon, una persona posee dos fuerzas, el Yin (fuerza afeminada, pasiva, oscura, húmeda, negativa) y el Yang (fuerza viril, activa, seca, positiva), equilibradas por una fuerza vital llamada Chi. Esta fuerza unificadora circula por 14 meridianos que pasan órganos vitales, de ahí que la cultura china defiende que un desequilibrio en esta fuerza, ya sea por exceso o por defecto, provoca dolor y enfermedad. La acupuntura,

mediante el tratamiento con agujas, corrige estas alteraciones y permite sanar cualquier enfermedad y dolor (Cabral, 1993; Fernández-Torres, Márquez y De las Mulas, 1999).

En la Antigua Grecia cobró gran importancia la investigación de las sensaciones y su origen. Alcmeón de Crotona (535 a.C.), quien fue discípulo de Pitágoras, diferenció los distintos vasos sanguíneos del cuerpo (venas y arterias). Además, fue el primero en exponer que el centro donde residen los sentidos y el intelecto es el cerebro, al contrario de lo que defendía la mayoría en esa época. Su teoría no fue aceptada mayormente por la gran influencia que tenía Aristóteles, quien defendía que el corazón era indudablemente el centro donde residen los sentimientos (Cabral, 1993), aunque también por el desacuerdo de Empédocles de Agrigento.

Hipócrates (460-375 a.C.) defendía la teoría de los cuatro humores, por la que la salud del individuo dependía del equilibrio entre flema, sangre y bilis; cuando uno de estos humores aparecía con unos niveles anormales, ya sea por exceso o por defecto, es cuando se genera el dolor y la enfermedad (Cabral, 1993; Fernández-Torres, Márquez y De las Mulas, 1999). Realizó numerosos aforismos acerca del dolor, de los cuales uno de los más relevantes es en el cual afirma que "*cuando dos dolores ocurren a la vez, pero no en el mismo lugar, el más violento oscurece al otro*" (Hermosín, 1996).

Podemos afirmar que la medicina Hipocrática es un punto de inflexión importante respecto a la medicina tradicional, ya que es un conocimiento técnico liberado, por tanto, de la religión y de la filosofía que se basa en el raciocinio y en la observación (Fernández-Torres, Márquez y De las Mulas, 1999).

Aristóteles (384-322 a.C.) afirmaba que el cerebro no albergaba ningún tipo de relación con las sensaciones y que era un órgano húmedo y frío encargado de refrigerar la sangre que emanaba del corazón, el cual era el centro de la inteligencia y de las sensaciones. En definitiva, defiende que el dolor y la enfermedad surgen debido a un exceso de calor vital (Martínez y Decuadro-Saénz, 2008).

En la Roma antigua la medicina no era considerada una profesión digna por los que se la encomendaban a extranjeros, generalmente griegos.

Celso (25 a.C.- 40 d.C.) afirmaba que el dolor era de gran importancia como valor pronóstico (Fernández-Torres, Márquez y De las Mulas, 1999) y por ello para él el dolor era uno de los signos cardinales de la inflamación, además del tumor, rubor y calor (Wendie, 2004). Este es un factor pronóstico de la inflamación que sigue siendo válido en nuestros días (Cabral, 1993).

Galeno (129-200) defendía que el núcleo donde se organizaban las sensaciones era el cerebro, definía el dolor como un sentimiento que se crea en él. A pesar de los descubrimientos que hizo a cerca del sistema nervioso central, prevalecieron las teorías de Aristóteles durante los siguientes 20 siglos (Cabral, 1993).

A lo largo del Renacimiento y de la Edad Media hay apenas progresos en el manejo del dolor, uno de los que destaca es Paracelso, el cual empezó a usar opioides y otros remedios naturales como terapia, además de otros métodos físicos como masajes o la electroterapia (Fernández-Torres, Márquez y De las Mulas, 1999).

Del siglo XVIII en adelante se consolida la analgesia farmacológica, además de numerosos avances científicos en el diagnóstico y la intervención.

Hoy por hoy el tratamiento completo del dolor es muy complicado, ya que no solo depende del manejo de la dimensión física, sino que el enfermo también está influido por su cultura, religión, familia, personalidad, etc (Garbi, Hortense, Gómez, Silva, Castanho y Sousa, 2014). Además, uno de los problemas más urgentes en los países desarrollados en cuanto a la asistencia sanitaria es el tratamiento eficaz del dolor. A pesar de los avances, la formación del personal sanitario en cuanto al manejo del dolor no es óptima. En estudios actuales se observa una escasez en conocimientos teórico-prácticos, pobres aptitudes en el tratamiento y manejo del dolor, además de un temor a que los pacientes puedan desarrollar adicción al tratamiento (Martín, Losa, Silva, Salvadores, Gómez-Arnáu, Casas y Atieri, 2012).

La Sociedad Americana del Dolor y la Agencia Americana de Investigación y Calidad en Salud Pública describen el dolor como *“la quinta señal vital que debe ser siempre controlada y registrada a la vez y en el mismo ambiente clínico en los que también son evaluados las otras señales vitales como la respiración, pulso,*

temperatura y presión arterial” (Garbi, Hortense, Gómez, Silva, Castanho y Sousa, 2014).

Para la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) el dolor es *“Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular verdadero o potencial”* (Villar, 2006). A pesar de haberse descubierto los pasos más relevantes en el proceso del dolor, aún no se sabe cómo tratarlo de manera que evitemos que se produzca, hoy en día los tratamientos son procesos esquivos, en la medida de lo posible buscan aliviar el dolor durante un tiempo determinado.

Si un dolor agudo puede afectar las emociones de una persona, un dolor producido por una enfermedad crónica repercutirá en todos los aspectos de su vida y trascenderá en la persona junto con el sufrimiento y la depresión (Garbi, Hortense, Gómez, Silva, Castanho y Sousa, 2014).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define la salud como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad o dolencia”* (Enciclopedia de Conceptos, 2017). Por otro lado la definición de enfermedad es *“un deterioro de la salud o una condición anormal de funcionamiento”* (Tratamiento y Enfermedades, 2014).

Con estas dos definiciones se entiende que una persona que sufre dolor crónico no tiene un *“completo bienestar físico, mental y social”*, por lo tanto sufre un *“deterioro en la salud”*. Con estos dos parámetros se llega a la conclusión de que cuando el dolor se presenta con cierta cronicidad es una enfermedad *“per se”* (Ibarra, 2006).

A lo largo de esta revisión se pretenderá dar a conocer los factores psicológicos y sociales que acompañan a los procesos dolorosos, así como su manejo y cuidado en la práctica enfermera, del mismo modo se expondrán los distintos tipos de dolor y sus distintos métodos de evaluación. Finalizaré con un plan de cuidados estandarizado específico para la atención del paciente con dolor isquémico-vascular.

3. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO

Este trabajo se ha realizado para cubrir la falta de revisiones bibliográficas sobre la importancia de los aspectos psicológicos en los cuidados de enfermería en el paciente con dolor.

En la literatura actual se encuentra poca documentación sobre las revisiones bibliográfica concernientes a este tema, de ahí la importancia de este trabajo para aunar toda la información.

4. OBJETIVOS

Objetivo general:

- ❖ Conocer los aspectos psicológicos que acompañan al paciente con dolor y su manejo por enfermería.

Objetivos específicos:

- ❖ Reconocer los tipos de dolor y su evaluación.
- ❖ Conocer las distintas conductas del dolor y aprender a dar un soporte al paciente para poder asumir el dolor.
- ❖ Explicar las diferentes formas de manejo del dolor.
- ❖ Realizar un plan de cuidados enfermeros dirigido al paciente con dolor isquémico.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

Los artículos que se han incluido en esta revisión son todos aquellos relacionados con el paciente con dolor, su manejo y su conducta; durante el periodo de 1993 – 2017, aunque se han utilizado dos libros anteriores a 1993. La gran mayoría son artículos en castellano, incluyéndose varios en inglés y alguno en italiano. La búsqueda de información se ha realizado principalmente en Google Academy y en menor medida en Scielo, Pubmed y Medline. También se han utilizado revistas destacadas como la Revista de la Sociedad Española del Dolor.

Las palabras clave para la búsqueda fueron: “paciente con dolor”, “conducta del dolor”, “manejo del dolor”, en general; y en particular: “dolor isquémico”, “historia del dolor”, “evaluación del dolor”.

Los artículos fueron seleccionados al contener alguna de las palabras clave en su resumen o en el título y si permitían el acceso al texto completo.

Los criterios de exclusión fueron:

- Artículos que no incorporasen las palabras clave en el resumen o en el título.
- Artículos que no permitieran el acceso al texto completo.
- Artículos en algún idioma que no fuese inglés, español o italiano.

De las 38 citas bibliográficas:

- 11 se han utilizado en la introducción.
- 7 en los tipos de dolor y su evaluación.
- 9 en la conducta del dolor.
- 10 en el manejo del dolor.
- 2 en el plan de cuidados de enfermería dirigido al paciente con dolor isquémico producido por enfermedad vascular.

La suma de lo anterior da como resultado más de 38 citas ya que alguna se ha utilizado en más de un apartado. (Ver **Figura 1** en **Anexo I**).

6. TIPOS DE DOLOR Y EVALUACION DEL DOLOR

El dolor se puede clasificar de múltiples formas atendiendo a distintos parámetros: según la duración (agudo o crónico), según la patogenia (neuropático, nociceptivo o psicógeno), según su localización (somático o visceral), según su curso (continuo o irruptivo), según su intensidad (leve, moderado o severo) y, por último, según su sensibilidad a los distintos fármacos que se utilizarán para tratarlo (Puebla, 2005).

En cuanto al dolor agudo, es un dolor puntual que no se perpetúa en el tiempo, rara vez compuesto por un factor psicológico (Puebla, 2005) y que se encuentra bien delimitado (Timoneda, 1995). Se caracteriza por estar acompañado de síntomas autonómicos, tales como hipertensión arterial, náuseas, vómitos, un aumento de las

pulsaciones (taquicardia) y piel pálida. En definitiva, es un indicio de lesión o enfermedad (Puebla, 2005). Entre sus funciones están la de avisar al organismo cuando está siendo dañado, de manera que una vez que el cuerpo ya está alerta, si este dolor, ya inútil, no se resuelve, puede llegar a ser destructivo (Timoneda, 1995). Otra de las funciones del dolor agudo es limitar distintos movimientos para así ayudar a la recuperación o para evitar daños mayores (Dagnino, 1994).

En el dolor crónico, sin embargo, su duración no está acotada en el tiempo y siempre está compuesto por un factor psicológico (Puebla, 2005).

Al persistir en el tiempo conlleva tanto alteraciones fisiológicas como psicológicas, además la conducta del paciente cambiará y por tanto la relación con su familia y en definitiva con la sociedad (Dagnino, 1994).

Francisco López Timoneda (Timoneda, 1995) en su revisión sobre la clasificación del dolor expone que el dolor crónico puede ser benigno y maligno; pero sería preferible, según Jorge Dagnino (Dagnino, 1994), referirse a estos dos tipos como dolor no oncológico y dolor oncológico (Ver **Figura 2** en **Anexo II**), ya que el dolor continuado en el tiempo genera diversas alteraciones en el organismo producidas por la inactividad, tales como:

- Disminución de la masa y de la armonización muscular.
- Disminución de la motilidad y de las secreciones, además de desnutrición.
- Alteraciones en el sistema excretor: retención urinaria y estreñimiento.
- Depresión y alteraciones en la función sexual y en el sueño.
- La desnutrición y la depresión provoca una mala respuesta inmunitaria.

Por todas estas alteraciones el dolor crónico no puede ser considerado benigno.

A la hora de evaluar el dolor es tan importante la parte física como la psicológica, por ello es esencial (Olivares y Cruzado, 2008):

- Delimitar la frecuencia con la que aparece el dolor, así como su duración y su localización.

- Conocer la magnitud del dolor, es algo subjetivo por lo que se necesitarán herramientas adicionales como son distintas escalas con las que el paciente expresa el grado de dolor.
- Valorar el estado emocional y mental del paciente. Este aspecto es bastante amplio, se intentará determinar si sufre de ira, depresión, estrés, ansiedad e insomnio. Incluso conocer las distintas conductas que puede adoptar ante la situación que está viviendo: si mantiene una buena adherencia al tratamiento, si mantiene la misma forma de relacionarse con los que le rodean, si acepta la enfermedad y la actitud que adopta contra ella y si mantiene las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) ya que con el dolor continuado es probable que las dejen de lado.

Para poder evaluar todos estos ítems serán necesarias diferentes herramientas que nos ayuden a determinarlos, a continuación expondré las principales (Olivares y Cruzado, 2008):

- Entrevista:

Es el primer paso de la evaluación del dolor ya que con la entrevista conoceremos todos los ítems mencionados anteriormente para evaluarlo íntegramente. Además, durante la entrevista obtendremos datos sobre la expresión facial y mímica del paciente, esto será muy importante a la hora de valorar su comportamiento ante el dolor y su estado anímico. Es esencial empezarla indicando visiblemente el propósito de la evaluación, después es importante centrarse en el dolor y, por último, comenzar con las áreas social y emocional. Por otro lado, la entrevista se puede realizar también a los cuidadores y familiares, ya que facilita más datos que pueden ser contrastados y comparados con los del propio paciente. Por ejemplo, a la hora de afrontar el dolor tendremos la visión del propio paciente de cómo reacciona ante el dolor y se podrá contrastar con la visión de sus familiares en cuanto a su conducta. Si el

paciente sufre algún tipo de deterioro cognitivo o a la hora de comunicarse la entrevista a cuidadores y familiares será imprescindible.

- Auto-registro:

Con esta herramienta podemos conocer la frecuencia con la que aparece el dolor, así como su duración en el tiempo. El paciente es el encargado de apuntar la actividad que estaba realizando cuando apareció el dolor y de describir las situaciones en las que el dolor aumenta o disminuye. Es una herramienta muy útil ya que al apuntar cada episodio al momento la información no se encuentra sesgada. Aporta mucha información de las diferentes situaciones en las que aparece. (Ver **figura 3** en **Anexo II**).

- Observación (Sakata, 2010):

Cuando el paciente no puede comunicarse o está sedado (y por lo tanto no podemos realizar la entrevista) se evaluará su dolor mediante la escala llamada Behavioral Pain Escala (BPS). (Ver **tabla 1** en **Anexo II**).

Esta escala da unas puntuaciones que llegan desde los 3 puntos hasta los 12, si el resultado es mayor o igual a 6 se estima como un dolor inaceptable. El ítem más importante y que más información aporta en este caso es la expresión facial.

- Escalas de valoración:

Según la situación del paciente se utilizarán distintos tipos de escalas, en aquellos que se puedan expresar bien se pueden utilizar:

- Escala numérica: creada por Downie (Ibañez y Briega, 2005), en esta escala se le pide al paciente que fije un valor numérico a su dolor entre 0 y 100 (donde 0 es prácticamente ausencia de dolor y 100 es dolor insoportable).
- Escala verbal (Ibañez y Briega, 2005; Clarett, 2012): la escala está formada por 5 puntos (0= dolor ausente, 1= dolor leve, 2= dolor moderado, 3= dolor severo y 4= dolor atroz).
- Escala visual analógica (EVA) (Clarett, 2012): está constituida por una línea de 10 centímetros, al comienzo de esta pone “No dolor” y al final

“Máximo dolor imaginable”, en ella el paciente marca el punto con el que asocia la intensidad de su dolor. Se puede encontrar esta escala con una marca en cada centímetro pero para varios autores disminuiría la precisión del paciente a la hora de marcar su dolor.

Si marca del 1 al 3 se considera un dolor moderado, si lo hace del 4 al 6 es un dolor moderado-grave y si es mayor de 6 se considera un dolor muy intenso. (Ver [figura 4](#) en [Anexo II](#)).

- Termómetro de dolor de Iowa (Clarett, 2012): una escala vertical en forma de termómetro, graduado por colores desde transparente hasta colores más intensos ya sea en escala de rojos o de grises. Cuando más intenso sea el color mayor dolor. (Ver [figura 5](#) en [Anexo II](#)).

En el caso de que los pacientes no puedan comunicarse se tendrán que utilizar otro tipo de escalas.

- Escala BPS: ya nombrada anteriormente.
- Escala de Campbell (Clarett, 2012): se trata de una escala no validada, traducida y propuesta, para conocer el grado de dolor en aquellos pacientes críticos que no pueden comunicarse, por la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (SEMICYUC). (Ver [tabla 2](#) en [Anexo II](#)).

Consta de 5 ítems sobre la conducta del paciente (músculatura facial, tono muscular, tranquilidad, confortabilidad y respuesta verbal), el dolor se puede graduar del 1 al 10. Si el resultado es 0 indica que no hay dolor, si está en 1 y 3 indica un dolor leve, si va de 4 a 6 se considera un dolor moderado y si es mayor de 6 un dolor intenso. El objetivo es que el dolor esté por debajo de 3.

7. CONDUCTAS ANTE EL DOLOR

En este apartado nos vamos a basar en el modelo de estrés de Lazarus (Cañero, 2002), el cual afirma que el estrés que sufre un individuo frente a un suceso amenazador es proporcional a la manera en la que cada persona lo afronta. Si esta

teoría la extrapolamos al paciente con dolor, la gravedad y la intensidad de este dependerán en gran medida de la manera de afrontarlo de cada paciente. Cada persona reacciona de distinta manera y adquiere una actitud diferente a la hora de afrontar el dolor, es decir, depende de las circunstancias internas de cada individuo y de su situación social y geográfica.

En cuanto a las circunstancias internas del individuo encontramos la personalidad y también las psicopatologías, serán clave a la hora de adoptar una actitud u otra ante un proceso doloroso; en un estudio que realizaron Rose, Mayr y Johstone (Mayr, Rose y Johnstone, 2000) se entrevistaron unos 245 personas que padecían de dolor crónico, en concreto dolor lumbar, observaron que en los pacientes donde no se había encontrado una causa orgánica para su dolor había un gran porcentaje de ellos que sufría alguna psicopatología, mucho mayor que el observado en aquellos pacientes en los que sí se detectó una causa orgánica.

Las creencias que tiene el individuo sobre el proceso doloroso que está sufriendo son muy importantes ya que influyen en su estado de ánimo y por tanto en el esfuerzo que ponga para afrontar su situación (Truyols, Pérez, Medina, Palmer y Sesé, 2008; Moix, 2005). El nivel educacional y su historia previa, tendrán también una gran importancia (Moix, 2005).

La infancia es la etapa clave de donde proviene el recuerdo de las primeras sensaciones de dolor, la manera en la que se vivió y aceptó ese sentimiento influirá en la vivencia de los procesos dolorosos que se vivan en el futuro (Melzack, 1976).

Por otro lado, encontramos la cultura que está definida por la situación social y geográfica del individuo. Según Le Breton (Fernández, 2010), las emociones se basan en una “cultura afectiva” y “simbólica social”, afirma que cuando un individuo expresa sus sentimientos y, por tanto, su dolor, son sentimientos similares a los que expresarían todas aquellas personas que viven en su mismo entorno social, por tanto dirige toda su teoría hacia una cultura afectiva en la que cada individuo va moldeando esa experiencia social común, sentimientos compartidos entre todos los integrantes del grupo social con el que convive.

René LaRiche (Sancho, 2003) fue cirujano en la Primera Guerra Mundial y afirma que hay una gran diferencia en cuanto a la reacción frente al dolor dependiendo de la cultura del paciente, en este caso dependiendo de su lugar de nacimiento, comenta que los franceses no reaccionaban igual que los ingleses o alemanes y que no tenían ni punto de comparación un europeo con un africano o asiático. Como claro ejemplo, habla de algunas de sus operaciones que realizó durante la guerra a los cosacos (un grupo militar ruso), afirma que tenían tanta resistencia al dolor que no necesitaban anestesia en las operaciones quirúrgicas ya que no esbozaban ni un solo gesto de dolor y obedecían al instante las órdenes del médico.

En la misma línea, Zola (Sancho, 2003) hizo un estudio con 144 personas en el que comparó la conducta ante el dolor de irlandeses e italianos, concluyó que para patologías similares los irlandeses asumían y entendían su malestar, mientras que los italianos eran mucho más expresivos, se quejaban de cada síntoma e incluso mencionaban otros nuevos y partes del cuerpo que no deberían de doler respecto a la enfermedad que sufrían. Estas diferencias culturales en cuanto a la conducta del dolor son explicables a través del umbral del dolor de cada persona, definido por hábitos y costumbres que varían dependiendo del lugar de nacimiento.

El umbral del dolor (Serrano-Atero, Caballero, Cañas, García y Serrano-Alvarez, 2002) se puede definir como el nivel de estimulación a partir del cual la persona empieza a sentir dolor; el umbral, y por lo tanto el dolor varían dependiendo de distintos factores, los cuales pueden hacer que este umbral ascienda o por el contrario descienda (Sancho, 2003).

Que el umbral del dolor aumente quiere decir que el individuo necesitará un estímulo más potente para empezar a sentir dolor, como vemos en la tabla 3, existen distintos factores que si son potenciados se reducirá el dolor. (Ver **tabla 3** en **Anexo III**).

Enfermería tiene un papel importante ya que si se trata a un paciente con simpatía, con una actitud de escucha, fomentando el descanso y el sueño y

reduciendo la ansiedad mediante la resolución de dudas del paciente la percepción del dolor disminuirá mejorando su actitud y su manera de afrontar la situación.

Por el contrario existen otros factores que reducen el umbral del dolor, y por lo tanto, cualquier estímulo que antes no resultaba doloroso para el paciente ahora lo será. (Ver [tabla 4](#) en [Anexo III](#)).

Como he indicado antes, en el caso en el que a un paciente no se le permita o no realice un correcto descanso, que esté deprimido, sienta miedo o tristeza y nadie le alivie esos sentimientos o que se sienta solo y reaccione encerrándose en sí mismo, agravará el proceso doloroso por el que está pasando y por lo tanto empeorará la actitud con la que afronte la enfermedad.

Enrique Maza (Maza, 1989) enumera las distintas actitudes que el individuo puede adoptar ante el sufrimiento:

- Una actitud muy frecuente es la amargura, estos pacientes ante el dolor y el sufrimiento se llenan de ira, rabia, se vuelven desconfiados y sin esperanza.
- Otra actitud que adquieren es la de deshacerse ante el sufrimiento, son pacientes que ya no tienen voluntad de vivir, se vuelven indiferentes, aplanados y pesimistas ante el devenir de la vida, ya no sienten ira ni rabia ya que eso significaría que todavía les quedan fuerzas. En definitiva, estas personas se vuelven apáticas, pasivas.
- Hay personas con miedo al sufrimiento y optan por huir, alejarse de los problemas levantando muros internos que los protejan, suelen crear algún tipo de psicopatología con el fin de evitar luchar contra el sufrimiento que les aqueja.
- La pequeñez es otra actitud que toman aquellas personas que viven por y para el dolor que les aflige, exigen ser el centro de atención y de cariño. Ya no arriesgan, tienen miedo de perder. Se comparan con otros para comprobar que ellos son los que sienten un sufrimiento mayor.

- Por otro lado encontramos una actitud más positiva, opuesta a todas las anteriormente explicadas, es la actitud de aquellas personas que ante el sufrimiento se crecen y se hacen más grandes. Se dan cuenta de todo el sufrimiento y eligen disfrutar la vida, maduran con cada problema que surge y son comprensivos.

Es importante indicar que este grupo de pacientes siente el mismo dolor que el resto, lo único que cambia es la actitud y la manera de afrontar las situaciones.

Hay momentos que son emocionalmente significativos (Sancho, 2003) para el individuo que habrá que tener en cuenta para reducir su sensación de sufrimiento día a día:

- La noche:

Caracterizada por la oscuridad, la soledad y el silencio, los pacientes tienen mucho tiempo para pensar en su dolor, en todo lo que están sufriendo, eso les provocará más sufrimiento e insomnio.

Si el paciente no adquiere un correcto hábito del sueño y por las noches no duerme afectará indirectamente al dolor. A la mañana siguiente estará cansado y por lo tanto su umbral de dolor disminuido

- El ingreso y el alta:

Los pacientes cuando están en su hogar se sienten seguros y protegidos ya que están en un lugar conocido, pero a la hora de ingresar en un hospital es un momento emocional significativo, ya que tienen la sensación de desprotección al abandonar su casa y al llegar a un medio hostil para ellos, como es el hospital, donde todo les resulta extraño incluidas las personas que les van a cuidar. Sin embargo, se da también el caso opuesto en aquellas personas que llevan un tiempo ingresadas en el hospital y se les va a dar el alta, esta situación les provoca angustia y sufrimiento, ya que piensan que en su casa no van a estar igual de controlados y les puede pasar algo grave.

La sensación de protección es algo muy importante, por ello existen equipos que asisten en el domicilio a los pacientes, es muy importante

dejarles claro que aunque estén en casa se les va a seguir controlando y en caso de necesitarlo se les volverá a ingresar inmediatamente.

- La soledad:

Como he explicado anteriormente, la soledad es un factor que provoca una disminución del umbral del dolor y por lo tanto un aumento del sufrimiento.

Hay que tener en cuenta que aunque la soledad puede aumentar el dolor, el dolor puede crear soledad, una soledad interna que les impida tener interés por aquellas actividades que antes les agradaban. Es muy importante conversar con los pacientes y resolver aquellas dudas o preocupaciones que puedan agravar su situación o simplemente hacerles compañía.

8. MANEJO DEL DOLOR

El manejo del dolor no solo tiene que centrarse en el aspecto físico, sino que muchas veces también es necesario cuidar el aspecto psicológico, por ello, enfermería (Gómez, 2000), además de tratar de entender las causas físicas que desencadenan ese dolor tendrá también que entender la conducta del dolor del paciente y la medida en la que esta le incapacita y reduce su calidad de vida.

Para poder llevar a cabo un correcto manejo hará falta un equipo multidisciplinar (Ortega y López, 2005) que establezca un tratamiento a seguir bien organizado.

En cuanto al manejo físico del dolor se utilizarán distintos fármacos, para la correcta elección del analgésico más adecuado se usará la Escalera analgésica de la OMS (Iaria, 2015), se tendrán en cuenta tanto el origen del dolor como su localización y características.

Con esta escalera la OMS pretende unificar criterios y tratar de forma eficaz y controlada el dolor, para ello cataloga tres tipos de dolor según su intensidad con su correspondiente grupo de analgésicos que deben de ser utilizados en cada caso. (Ver **Figura 6** en **Anexo II**).

En el primer escalón (Femenías, Martínez, Pérez y Pons, 2008) encontramos la analgesia destinada al dolor leve, principalmente se trata de antiinflamatorios no

esteroides (AINE), como por ejemplo el ácido acetil salicílico, y fármacos no opioides como el paracetamol y el metamizol; el problema de estos fármacos es que poseen el llamado techo analgésico, es decir, llegaremos a una dosis a la que el efecto analgésico no aumente, pero sí los efectos secundarios.

En el segundo escalón encontramos un dolor moderado por lo que la analgesia destinada serán opioides menores, como por ejemplo la codeína y el tramadol. La dosis de fármaco apropiada es la que consigue su efecto contra el dolor produciendo los mínimos efectos secundarios. Cuando el paciente va necesitando aumentar la dosis no suele ser debido a una tolerancia analgésica sino al progreso de la propia enfermedad y por tanto del dolor.

En el tercer escalón encontramos la analgesia destinada para el dolor grave, aquel que su intensidad sobrepasa los 7 puntos en la EVA. Se trata de los opioides mayores, los cuales no tienen techo analgésico, son por ejemplo el fentanilo, morfina u oxycodona entre otros.

Recientemente se ha añadido un cuarto escalón (Puebla, 2005) para aquellos casos en los que el tercer escalón no sea suficiente, en él se incluyen distintas intervenciones como la analgesia epidural, bloqueo periférico de los nervios o bloqueo simpático entre otros.

En todos los escalones se pueden añadir coadyuvantes, además, en el escalón 2 y 3 se podrán añadir analgésicos del primer escalón, nunca juntar los de los escalones 2 y 3 ya que crean antagonismo por competencia.

Por otro lado tenemos el tratamiento psicológico, es muy importante que exista una asociación entre el tratamiento farmacológico y no farmacológico (Franco y Seoane, 2001), ya que un correcto apoyo psicológico puede ser muy útil disminuyendo las dosis de los fármacos y por lo tanto los efectos secundarios. Como se ha explicado anteriormente, es muy importante crear cierta confianza con el paciente, ya que la comunicación y la simpatía hacen que se reduzca la sensación del dolor, esto corresponde con la terapia psicológica del counselling (Ortega y López, 2005) o relación de ayuda. Habremos de animar a los pacientes a expresar sus dudas

y su dolor ya que es primordial a la hora de establecer unas pautas para su tratamiento.

En esta línea, Almudena Alférez Maldonado (Maldonado, 2012) en su revisión indica que la comunicación con el paciente es una herramienta fundamental en la enfermería, ya que son los enfermeros los que están en continuo contacto con los pacientes y, por lo tanto, se puede establecer más fácilmente una relación de ayuda con aquellos que lo necesiten. Para una correcta relación de ayuda tendremos que saber escuchar al paciente, mostrar interés y mantener un cierto feedback tanto verbal como no verbal. También es muy importante respetar aquellos sentimientos y valores que, aunque no se consideren adecuados, generarán un sentimiento en el paciente de ser comprendido.

Sin embargo, en un estudio realizado en 2009 en el Institut Municipal d'Assistència Sanitaria (Arbonés, Montes, Riu, Farriols y Mínguez, 2009) de Barcelona, el 42,2% de los pacientes refirió que nadie le indicó la importancia acerca de expresar su dolor, esto es algo grave ya que a la mitad de los pacientes no se les realizó un manejo del dolor completo, solamente físico.

Existen distintas terapias psicológicas (Moix y Casado, 2011) a la hora de tratar el dolor, algunas de ellas son:

- Terapia de compromiso y aceptación:

Esta terapia consiste en aceptar el dolor que se está sufriendo, se utiliza en aquellas personas que optaron por evitar afrontar su situación como estrategia.

Los pacientes que aceptan más su sufrimiento se ha comprobado que a la hora de puntuar la intensidad de su dolor lo hacen a la baja, no tienen tantos pensamientos negativos y poseen una mayor calidad de vida.

- Mindfulness:

La terapia mindfulness, o en castellano de conciencia plena, consiste en lograr que el paciente viva el presente, sin juzgar ni interpretar su situación.

En cierto modo es parecida a la terapia de compromiso y aceptación, ya que se pretende que acepte la realidad tal y como es, por ello, a veces tratan esta terapia como si fuese una técnica dentro de la terapia anterior. Los pacientes que la llevan a cabo tienen una sensación de menor dolor y una mayor calidad de vida.

- Escritura emocional:

El representante principal de esta terapia es Pennebaker (Bruder, 2004), defiende que la escritura emocional en situaciones de sufrimiento o traumáticas genera un aprendizaje y un afrontamiento claves que mejoran la calidad de vida del paciente.

La escritura se tiene que utilizar como una herramienta que sirva, tanto para afrontar los problemas como para educar a los pacientes, y que la información que reciben se integre en esos textos que escriban.

9. PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS AL PACIENTE CON DOLOR ISQUÉMICO

Cuando hablamos de pacientes con dolor isquémico (Calleja, 2014) nos referimos principalmente a aquellos que sufren de una enfermedad vascular que provoca una disminución en la perfusión de los tejidos, principalmente de las extremidades inferiores.

Este tipo de enfermedades que provocan como síntoma principal dolor de tipo isquémico pueden ser tanto venosas (oclusión venosa aguda o crónica, síndrome varicoso, etc.) como arteriales, más graves, (ateroesclerosis, trombosis, embolia, aneurisma, síndrome compartimental, etc.), además de la posible aparición de úlceras vasculares (venosas y arteriales).

Las enfermedades arteriales aterooclusivas se pueden evitar fácilmente por parte de enfermería mediante la educación para la salud, ya que los principales factores de riesgo para que aparezcan son: el tabaquismo, la hipertensión, la diabetes y la dislipemia, entre otros.

En este caso la educación para la salud como prevención primaria consistiría principalmente en la deshabitación tabáquica, además es importante una correcta alimentación, un buen control de la diabetes y la realización de ejercicio físico. En cualquier caso, si el paciente no lleva a cabo esos consejos puede que desarrolle algún tipo de enfermedad vascular que provoque en mayor o menor medida una isquemia. La isquemia provoca un gran dolor en el paciente ya que hay una insuficiente perfusión tisular, este dolor puede ser:

- Agudo: aparece en los comienzos de la enfermedad y provoca cambios metabólicos y psicológicos, del tipo de ansiedad e insomnio.
- Crónico: si el dolor persiste más allá de los 3 meses, cuando la isquemia es crítica aparecerá intenso dolor incluso en reposo, además de úlceras o incluso gangrena en la zona afectada.

En cuanto al tratamiento, tiene que basarse en una evaluación individual de la situación de cada paciente, de tal forma que se tenga en cuenta: la duración del dolor y cuando aparece, su intensidad, su distribución y su injerencia con la calidad del sueño. El tratamiento consistirá en una revascularización mediante intervención quirúrgica.

A continuación expongo un plan de cuidados (Universidad de Valladolid – SSO) enfermeros estandarizados dirigido al paciente con dolor isquémico a causa de una arteriopatía periférica, este plan se basa en diagnósticos enfermeros diseñados por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), en unos resultados enfermeros propuestos por la Nursing Outcomes Classification (NOC) y unas intervenciones desarrolladas por la Nursing Interventions Classification (NIC):

1. NANDA: (00004) Riesgo de infección ➡ Factor de riesgo: Alteración en la integridad de la piel.
NOC: Curación de la herida por primera intención.

- NIC: Protección contra las infecciones ➡ Actividades: Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada. Fomentar el descanso y una ingesta nutricional y de líquidos adecuada.
2. NANDA: (00007) Hipertermia ➡ Características definatorias: Isquemia, Enfermedad.
NOC: Termorregulación.
NIC: Tratamiento de la fiebre ➡ Actividades: Controlar la temperatura y otros signos vitales.
3. NANDA: (00088) Deterioro de la ambulación ➡ Característica definatoria: Dolor.
NOC: Ambular.
NIC: Terapia de ejercicios: ambulación ➡ Actividades: Aconsejar al paciente que use un calzado que facilite la deambulación y evite lesiones. Aplicar/proporcionar un dispositivo de ayuda (bastón, muletas o silla de ruedas, etc) para la deambulación si el paciente tiene inestabilidad.
4. NANDA: (00015) Riesgo de estreñimiento ➡ Factor de riesgo: Disminución de la motilidad gastrointestinal. Aines y opiáceos. Actividad física insuficiente.
NOC: Eliminación intestinal.
NIC: Manejo del estreñimiento/impactación fecal, Fomento del ejercicio ➡ Actividades: Vigilar la existencia de peristaltismo. Animar al individuo a empezar o continuar con el ejercicio.
5. NANDA: (00095) Insomnio ➡ Característica definatoria: Disminución de la calidad de vida. Malestar físico.
NOC: Sueño.
NIC: Mejorar el sueño ➡ Actividades: Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama. Incluir el ciclo regular de sueño/vigilia del paciente en la planificación de cuidados.

6. NANDA: (00146) Ansiedad ➡ Característica definitoria: Sufrimiento. Preocupación.
NOC: Nivel de ansiedad.
NIC: Disminución de la ansiedad ➡ Actividades: Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad. Crear un ambiente que facilite la confianza.
7. NANDA: (00133) Dolor crónico ➡ Características definitorias: Autoinforme de intensidad del dolor usando escalas estandarizadas. Afección isquémica.
NOC: Control del dolor.
NIC: Manejo del dolor ➡ Actividades: Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes. Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. Ayudar al paciente y a la familia a obtener y proporcionar apoyo.
8. NANDA: (00204) Perfusión tisular periférica ineficaz ➡
Características definitorias: Disminución de la presión sanguínea en las extremidades. Disminución de los pulsos periféricos. Dolor en las extremidades.
NOC: Perfusión tisular periférica.
NIC: Cuidados circulatorios: insuficiencia arterial ➡ Actividades: Inspeccionar la piel en busca de úlceras arteriales o de solución de continuidad tisular. Observar el grado de incomodidad o de dolor durante el ejercicio, por la noche o al descansar. Animar al paciente a realizar ejercicio según su tolerancia.

10. CONCLUSIONES

Las conclusiones que se obtienen de esta revisión son las siguientes:

- Hay muchas formas de dolor, para llegar a entenderlas todas hay que conocer su origen, duración, patogenia, localización, curso e intensidad. Estos ítems que evalúan el dolor se pueden conseguir a través de la entrevista, de un auto-registro del dolor, de la observación de la conducta del paciente y de distintas escalas del dolor (tipo Escala EVA o Escala Campbell entre otras).
- La conducta del paciente es uno de los datos más importantes tanto para ayudar a definir el tipo de dolor que sufre como para conocer la manera en la que lo afronta. Si un paciente afronta con actitud positiva su situación y lucha por cambiarla tendrá una sensación menos dolorosa que aquellos pacientes que se rinden ante su sufrimiento, esto depende en gran medida de la cultura y la personalidad de cada persona. Las conductas del paciente influirán en el umbral del dolor.
- Para un manejo completo del dolor es necesario un control tanto del aspecto físico como del psicológico. A la hora de tratar el dolor de manera física es habitual el uso de analgésicos, dependiendo de la intensidad se usarán los fármacos del escalón correspondiente a la Escalera del dolor de la OMS. En cuanto al manejo psicológico es muy importante llevarlo a cabo, ya que se consigue paliar el dolor y por lo tanto su intensidad, con lo que no serán necesarios tantos fármacos, disminuyendo así los posibles efectos secundarios de los analgésicos.
- Los cuidados dirigidos al paciente con dolor isquémico tienen que ir encaminados principalmente a evitar el dolor y todas las limitaciones que provoca, como por ejemplo: reducción de la movilidad lo que conllevará a estreñimiento, insomnio y ansiedad debido a su situación. El dolor proviene de la mala perfusión tisular, si recupera esta correcta perfusión y se revascularizan todos los tejidos el dolor remitirá.

11. AGRADECIMIENTOS

Comenzar agradeciendo a la Universidad de Valladolid como centro de formación. A José Luis Viaña como director del trabajo fin de grado. Y por último, pero no menos importante, agradecer a Andrea Trueba Camus y a mi familia su apoyo y ayuda durante estos años.

12. BIBLIOGRAFÍA

- Arbonés, E., Montes, A., Riu, M., Farriols, C., & Mínguez, S. (2009). *El dolor en los pacientes hospitalizados: estudio transversal de la información, la evaluación y el tratamiento*. Revista de la Sociedad Española del Dolor, 16(6), 314-322.
- Bruder, M. (2004). *Implicancias del cuento terapéutico en el bienestar psicológico en mujeres y sus correlatos*. Psic: revista da Vetor Editora, 5(2), 14-21.
- Cabral, A. R. (1993). *Conceptos históricos y teorías del dolor*. Ciencias, (031).
- Calleja, S. (2014). *Revisión bibliográfica: Dolor inducido por isquemia*. Departamento de Medicina del Dolor y Paliativa.
- Cañero, F. D. C. (2002). *Modelo de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapéuticas*. Apuntes de Psicología, 20(3), 5.
- Clarett, M. (2012). *Escalas de evaluación de dolor y protocolo de analgesia en terapia intensiva*. Clínica y Maternidad Suizo Argentina Instituto Argentino Diagnóstico y Tratamiento.
- Dagnino, J. (1994). *Definiciones y clasificaciones del dolor*. Boletín Esc de Medicina (Universidad de Chile), 23(3), 148-151.
- Enciclopedia de Conceptos (2017). *Salud (según la OMS)*. Obtenido de <http://concepto.de/salud-segun-la-oms/>.
- Femenías, M., Martínez, I., Pérez, O., & Pons, O. (2008). *Diagnóstico del dolor y recomendaciones para su tratamiento*. Hospital Universitario Son Dureta.
- Fernández, M. (2010). *Cultura afectiva y emotividad: las emociones en la vida social*. Le Breton, D.(1999). *Las pasiones ordinarias. Antropología de las emociones*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión. Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad, 1(2), 84-86.

- Fernández-Torres, B., Márquez, C., & De las Mulas, M. (1999). *Dolor y enfermedad: evolución histórica I. De la Prehistoria a la Ilustración*. Rev. Soc. Esp. Dolor, 6(4), 282.
- Franco, M. L., & Seoane de Lucas, A. (2001). *Características del dolor crónico en el anciano: tratamiento*. Rev Soc Esp Dolor, 8(1), 29-38.
- Garbi, M. D. O. S. S., Hortense, P., Gomez, R. R. F., Silva, T. D. C. R. D., Castanho, A. C. F., & Sousa, F. A. E. F. (2014). *Pain intensity, disability and depression in individuals with chronic back pain*. Revista latino-americana de enfermagem, 22(4), 569-575.
- Gómez, D. M. (2000). *Manejo del dolor: un reto permanente para enfermería*. In *Cuidado y práctica de enfermería*. Universidad Nacional de Colombia, 197-203.
- Hermosín Bono, M^aA. (1996). *Tratados hipocráticos. Introducción, traducción y notas*. Alianza Editorial SA.
- Ibarra, E. (2006). *Una nueva definición de " dolor": un imperativo de nuestros días*. Revista de la Sociedad Española del dolor, 13(2), 65-72.
- Ibáñez, R. M., & Briega, A. M. (2005). *Escalas de valoración del dolor*. Jano, 25, 41-44.
- Maldonado, A. D. A. (2012). *La comunicación en la relación de ayuda al paciente en enfermería: saber qué decir y qué hacer*. Revista Española de Comunicación en Salud, 3(2), 147-157.
- Martín, M., Losa Iglesias, M., Silva do Rosario, T., Salvadores Fuentes, P., Gómez-Arnáu, J. I., Casas Martínez, F., ... & Altieri, P. (2012). *Grado de conocimientos y actitudes de la enfermería de la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM) ante el dolor: diplomados en enfermería y profesionales*. Revista de la Sociedad Española del Dolor, 19(6), 293-300.
- Martínez, F., & Decuadro-Sáenz, G. (2008). *Claudio Galeno y los ventrículos cerebrales: Parte I, los antecedentes*. Neurocirugía, 19(1), 58-65.
- Mayr, C. R., Rose, M. J. y Johnstone, F. C. W. (2000). *Dealing with doubt: how patients account for nonspecific chronic low back pain*. Journal of Psychosomatic Research, 49(4), 223-225.
- Maza E. (1989). *El amor, el sufrimiento y la muerte*. México: Proceso, editor.
- Melzack R. (1976). *L'enigma del dolore: Aspetti psicologici, clinici e fisiologici*. Bolonia Zanichelli, 6.

- Moix, J., & Casado, M. (2011). *Terapias psicológicas para el tratamiento del dolor crónico*. *Clínica y Salud*, 22(1), 41-50.
- Moix Queraltó, J. (2005). *Análisis de los factores psicológicos moduladores del dolor crónico benigno*. *Anuario de psicología*, 36(1).
- Olivares Rodríguez, M., & Cruzado Crespo, J. A. (2008). *Evaluación psicológica del dolor*. *Clínica y salud*, 19(3), 321-341.
- Ortega Ruiz, C., & López Ríos, F. (2005). *Intervención psicológica en cuidados paliativos: revisión y perspectivas*. *Clínica y salud*, 16(2).
- Puebla Díaz, F. (2005). *Tipos de dolor y escala terapéutica de la OMS: Dolor iatrogénico*. *Oncología*, Barcelona, 28(3), 33-37.
- Sakata, R. K. (2010). *Analgesia y Sedación en Unidad de Cuidados intensivos*. *Rev Bras Anestesiología*, 60(6), 360-365.
- Sancho, M. G. (2003). *Dolor y sufrimiento: Avance en cuidados paliativos*.
- Serrano-Atero MS, Caballero J, Cañas A, García Saura PL, Serrano-Álvarez C. (2002). *Valoración del dolor*. *Rev Soc Esp Dolor*, 9(1), 94-108.
- Timoneda, F. L. (1995). *Definición y clasificación del dolor*. *Clínicas urológicas de la Complutense*, (4), 49.
- Tratamiento y Enfermedades (2014). *Definición de enfermedad según la OMS y concepto de salud*. Obtenido de <https://tratamientoyenfermedades.com/definicion-enfermedad-segun-oms-concepto-salud/>.
- Truyols Taberner, M., Pérez Pareja, J., Medinas Amorós, M., Palmer Pol, A., & Sesé Abad, A. (2008). *Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor crónico*. *Clínica y salud*, 19(3), 295-320.
- Universidad de Valladolid - SSO. Obtenido de <https://www-nnnconsult-com.ponton.uva.es/>.
- Villar, J. (2006). *Cómo investigar en algo tan subjetivo como el dolor*. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 13(4), 250-253.
- Wendie, V. H. E. (2004). *Inflamación I*. *Revista de actualización clínica*, 43(1), 2261-2264.

Iaria (2015). *La escalera analgésica de la OMS y los fármacos del dolor*. Obtenido de <http://www.1aria.com/contenido/dolor/programa-dolor/dolor-tratamiento/dolor-tratamiento-escalera-oms-farmacos>.

12.1.- BIBLIOGRAFÍA ANEXO II

Tabla 1 y 2: Claret, M. (2012). *Escalas de evaluación de dolor y protocolo de analgesia en terapia intensiva*. Clínica y Maternidad Suizo Argentina Instituto Argentino Diagnóstico y Tratamiento.

Figura 5: Claret, M. (2012). *Escalas de evaluación de dolor y protocolo de analgesia en terapia intensiva*. Clínica y Maternidad Suizo Argentina Instituto Argentino Diagnóstico y Tratamiento.

Figura 2: Dagnino, J. (1994). *Definiciones y clasificaciones del dolor*. Boletín Esc de Medicina (Universidad de Chile), 23(3), 148-151.

Figura 4: Ibáñez, R. M., & Briega, A. M. (2005). *Escalas de valoración del dolor*. Jano, 25, 41-44.

Figura 3: Olivares Rodríguez, M., & Cruzado Crespo, J. A. (2008). *Evaluación psicológica del dolor*. Clínica y salud, 19(3), 321-341.

12.2.- BIBLIOGRAFÍA ANEXO III

Figura 6: Iaria (2015). *La escalera analgésica de la OMS y los fármacos del dolor*. Obtenido de <http://www.1aria.com/contenido/dolor/programa-dolor/dolor-tratamiento/dolor-tratamiento-escalera-oms-farmacos>.

Tabla 3 y 4: Sancho, M. G. (2003). *Dolor y sufrimiento: Avance en cuidados paliativos*.

ANEXO I

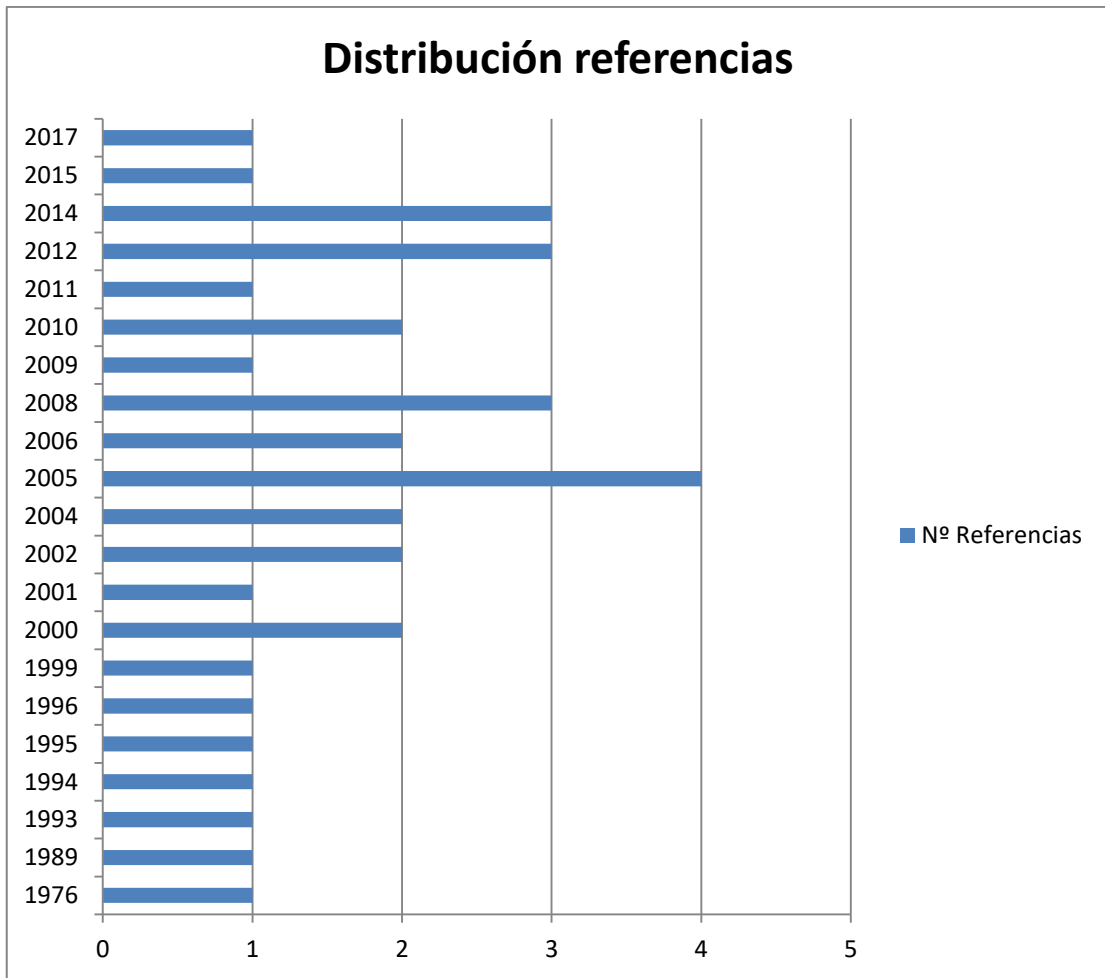


Figura 1. Distribución de referencias. Fuente: Elaboración propia.

ANEXO II

Clasificación del dolor:

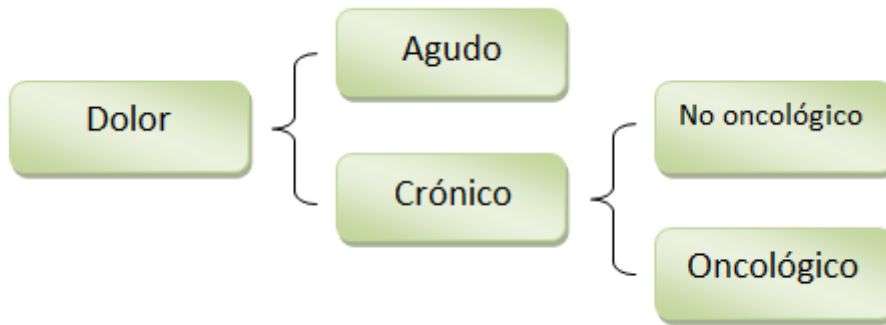


Figura 2. Clasificación del dolor según su duración y etiología. Fuente: Dagnino J. (1994).

Modelos de evaluación del dolor:

Auto-registro diario del dolor

	L	M	X	J	V	S	D
8-9h	L	M	X	J	V	S	D
9-10h	L	M	X	J	V	S	D
10-11h	L	M	X	J	V	S	D
11-12h	L	M	X	J	V	S	D
12-13h	L	M	X	J	V	S	D
13-14h	L	M	X	J	V	S	D
14-15h	L	M	X	J	V	S	D
15-16h	L	M	X	J	V	S	D
16-17h	L	M	X	J	V	S	D
17-18h	L	M	X	J	V	S	D
18-19h	L	M	X	J	V	S	D
19-20h	L	M	X	J	V	S	D
20-21h	L	M	X	J	V	S	D
(...)	L	M	X	J	V	S	D

Señale sobre la figura las áreas en las que sienta dolor.
Ponga una X en aquellas en las que le duela más

Fecha	Hora	Dónde y con quién estoy	Qué me preocupa	Qué siento	Qué pienso	Qué hago	Cómo reacciona quien está conmigo
-Auto-registro de relaciones funcionales entre conductas y su contexto en que ocurrencia							

Figura 3. Modelo de auto-registro del dolor. Fuente: Olivares M. (2008).

Tabla 1. La Behavioral Pain Scale (BPS). Fuente: Clarett M. (2012).

Escola BPS	Puntaje
EXPRESIÓN FACIAL	
Relajada	1
Parcialmente tensa	2
Totalmente tensa	3
Haciendo muecas	4
MOVIMIENTOS DE LOS MIEMBROS SUPERIORES	
Relajado	1
Parcialmente flexionados	2
Totalmente flexionados	3
Totalmente contraído	4
VENTILACIÓN MECÁNICA	
Tolerando movimientos	1
Tosiendo, pero tolerando durante la mayor parte del tiempo	2
Luchando contra el ventilador	3
Imposibilidad de controlar el ventilador	4

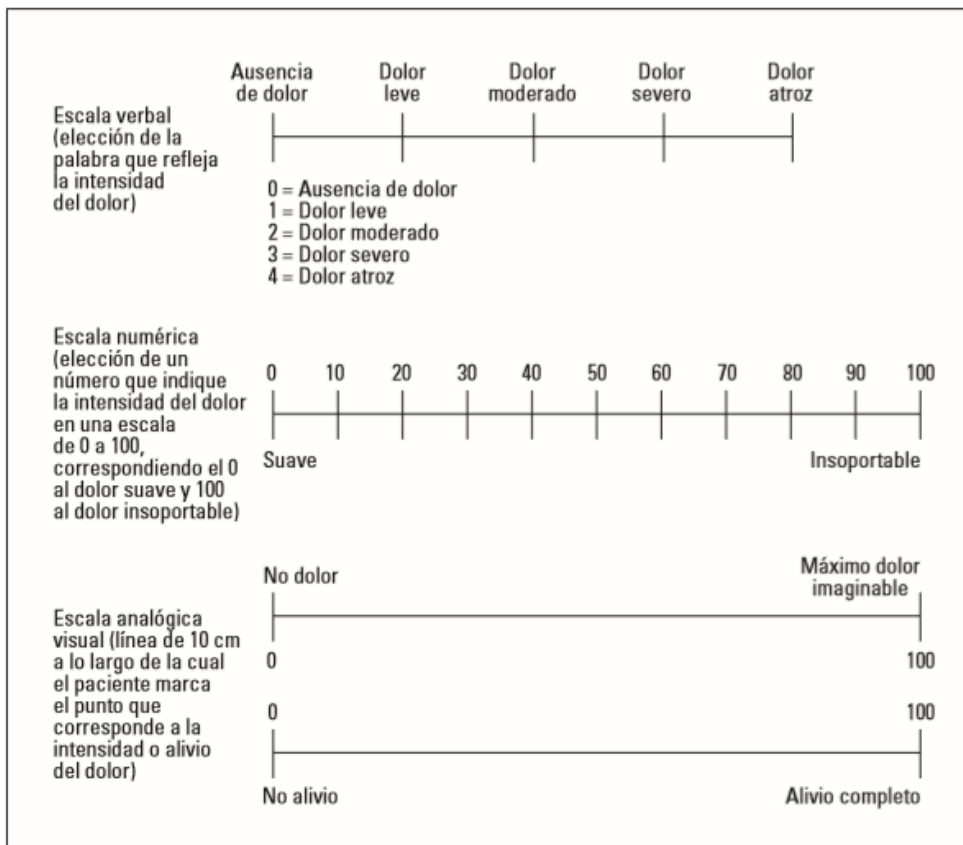


Figura 4. Escalas de valoración verbales. Fuente: Ibáñez R. (2005).



Figura 5. Termómetro de Iowa. Fuente: Clarett M. (2012).

Tabla 2. Escala Campbell. Fuente: Clarett M. (2012).

Escala de Campbell	Puntaje
MUSCULATURA FACIAL	
Relajada	0
En tensión, ceño fruncido y/o mueca de dolor	1
Ceño fruncido de forma habitual y/o dientes apretados	2
TRANQUILIDAD	
Tranquilo, relajado, movimientos normales	0
Movimientos ocasionales de inquietud y/o de posición	1
Movimientos frecuentes, incluyendo cabeza o extremidades	2
TONO MUSCULAR	
Normal	0
Aumentado. Flexión de dedos de manos y/o pies	1
Rígido	2
RESPUESTA VERBAL	
Normal	0
Quejas, lloros, quejidos, o gruñidos ocasionales	1
Quejas, lloros, quejidos o gruñidos frecuentes	2
CONFORTABILIDAD	
Confortable y/o tranquilo	0
Se tranquiliza con el tacto y/o la voz. Fácil de distraer	1
Difícil de confortar con el tacto o hablándole	2

ANEXO III

Escalera analgésica:



Figura 6. Escalera analgésica de la OMS. Fuente: Iaria (2015).

Umbral del dolor:

Tabla 3. Factores que incrementan el umbral del dolor. Fuente: Sancho M. G. (2003).

Factores que aumentan el umbral del dolor
Sueño y reposo
Simpatía
Comprensión
Solidaridad
Actividades lúdicas
Reducción de la ansiedad
Elevación del estado de ánimo

Tabla 4. Factores que reducen el umbral del dolor. Fuente: Sancho M. G. (2003).

Factores que disminuyen el umbral del dolor
Incomodidad
Insomnio o cansancio
Ansiedad y depresión
Miedo y tristeza
Rabia
Aburrimiento
Introversión
Aislamiento
Abandono social