



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

**VALORACIÓN ENFERMERA AL PACIENTE
CON DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO
EN ATENCIÓN PRIMARIA**

AUTOR: Sandra San José Santo Tomás

TUTOR: Evangelina García Barbero



RESUMEN

Objetivo: conocer el grado de dolor de pacientes ≥ 65 años del Centro de Salud Tórtola.

Método: estudio descriptivo, transversal, cuantitativo, realizado mediante cuestionarios validados con respuestas cerradas de opción múltiple. A partir de (N=3560) se conformó un tamaño muestral de 73 pacientes para un nivel de confianza del 95% y precisión del 5%.

Resultado: la prevalencia del dolor crónico es del 67,1%. El 79,5% consume analgésicos de primer eslabón, siendo los pacientes con dolor moderado los que mayoritariamente consumen más de un comprimido diario (68,7%). El sueño y el estado emocional son los parámetros de calidad de vida más alterados en los pacientes de la muestra. El 36,7% de los pacientes presentan diagnóstico de depresión o ansiedad. El 61,22% de los encuestados con dolor reza para afrontarlo.

Conclusiones: las mujeres presentan más dolor que los hombres. La calidad de vida de los pacientes disminuye a medida que aumenta la intensidad dolorosa. Es el médico de AP quien prescribe analgesia en el 90,4% y el 84,2% de los pacientes intervenidos quirúrgicamente han mejorado su dolor. La enfermera de AP está capacitada para mejorar las habilidades y lograr una participación activa del paciente en su recuperación.

Palabras Clave: Dolor crónico. Calidad de vida. Estrategias de afrontamiento. Enfermería de Atención Primaria. Educación sanitaria.



ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
2. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	5
3. MARCO TEÓRICO	6
4. OBJETIVOS	11
5. MATERIAL Y MÉTODOS	11
5.1. Tipo de estudio	11
5.2. Población a estudio	11
5.3. Descripción de la muestra del tipo y técnica de muestreo y justificación del tamaño muestral	12
5.4. Ámbito de estudio	12
5.5. Criterios de inclusión y de exclusión	12
5.6. Variables de estudio	13
5.7. Instrumentos empleados para la recogida de datos y el análisis estadístico	15
5.8. Cronología	16
6. RESULTADOS	17
7. DISCUSIÓN	21
8. CONCLUSIÓN	25
9. AGRADECIMIENTOS	26
10. BIBLIOGRAFÍA	27
11. ANEXOS	29



1. INTRODUCCIÓN

El dolor es una señal de alarma que advierte de una amenaza contra la salud corporal o psíquica, pero con frecuencia, es amortiguado mediante tratamientos analgésicos y sintomáticos. Al igual que la muerte, el ser humano no puede eludir la aparición del dolor; en algún momento de la vida, el dolor corporal y/o psíquico se hará presente y va a obligar a la persona a tomar una actitud frente a él.

En el momento en que aparece el dolor, la salud, el bienestar e incluso la vida, dejan de ser algo que damos por supuesto y que no valoramos ni agradecemos. Vivimos un momento de progresiva intolerancia al sufrimiento, junto con una creciente atracción por la satisfacción inmediata que hace al hombre perder la capacidad de afrontar nuevos retos.

La medicina, como reflejo de la cultura de bienestar, genera en ocasiones falsas necesidades, y aspectos de la vida cotidiana son medicalizados con el pretexto de tratar falsas enfermedades. Esto ocurre con la vejez, que a pesar de ser un proceso normal de la vida se ve como proceso médico de enfermedad ⁽¹⁾.

El concepto de dolor ha ido evolucionando a lo largo de la historia hasta adquirir un enfoque biopsicosocial, abandonando la visión lineal de que la sensación dolorosa es el resultado únicamente de una transmisión neuronal y se aceptó la influencia de aspectos conductuales, emocionales y cognitivos en la percepción del dolor. Esto explica por qué cada individuo percibe el dolor de distinta manera. El dolor es, por tanto, algo subjetivo ^(2, 3).

El dolor crónico, es decir aquel de más de tres meses de evolución, de causa no oncológica se sitúa entre el 2% y el 40% de la población adulta ⁽⁴⁾ y según la Sociedad Española del Dolor (SED), el 83% de los pacientes se encuentran en Atención Primaria donde el dolor constituye la primera causa de consulta ⁽⁵⁾.

Cuando el dolor se cronifica y no se controla de forma adecuada, los efectos a largo plazo sobre la calidad de vida de quienes lo sufren son inevitables. Se considera al dolor



crónico como la mayor amenaza para la calidad de vida a nivel mundial, amenaza que crece a medida que aumenta la esperanza de vida (6).

2. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Durante mi rotación en el Centro de Salud, en el Practicum III, tuve la oportunidad de conocer la gran cantidad de analgésicos que toman los pacientes por dolores crónicos y que afirmaban que sentían poco o nada de alivio con la medicación prescrita. Comencé a interesarme en el tema del dolor, concretamente en el dolor crónico, y en las intervenciones que debe desempeñar la enfermera ante este tipo de pacientes. El manejo del dolor crónico, tanto su conocimiento y cuidado, son funciones de enfermería recogidas en las intervenciones Nursing Intervention Classification y constituye un diagnóstico enfermero clasificado con el código 00133 por la NANDA (7).

La toma de medicación analgésica se considera una estrategia de afrontamiento, es decir, aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales empleados para superar el dolor. Podemos encontrar pacientes que se medican excesivamente y otros que no lo hacen por miedo a los efectos secundarios de los fármacos. Otras estrategias pueden consistir en distraerse o buscar el apoyo social e incluso manejar el dolor mediante métodos físicos o psicológicos (8).

En la mayoría de los casos, el dolor crónico de los pacientes no va a desaparecer, por tanto, es necesario conocer el grado de dolor que presentan y cómo afecta el mismo a su calidad de vida. Una vez conocidas las necesidades de la población con dolor se diseñará un taller educativo que se desarrollará en la Zona Básica de Salud San Isidro-Pajarillos para pacientes que presenten dolor de más de seis meses de evolución.

El taller lo realizará la enfermera con ayuda de un fisioterapeuta y se basará en abordar el tema del dolor, enseñar técnicas de relajación y distracción, informar de alternativas terapéuticas y educar en hábitos saludables, con el objetivo fundamental de mejorar la calidad de vida del paciente con dolor crónico.



3. MARCO TEÓRICO

El concepto de dolor ha evolucionado a lo largo de la historia, pero no fue hasta mitad del siglo XX cuando adquirió un enfoque multidisciplinar. Tras finalizar la Segunda Guerra Mundial, el anestesiólogo americano John Joseph Bonica comenzó a interesarse en el dolor que padecían los soldados heridos en la guerra, dolor que con frecuencia se volvía crónico, no era tratado correctamente y se acompañaba de síntomas depresivos. Bonica llegó a la conclusión de que era necesaria la creación de clínicas del dolor donde diferentes disciplinas trabajasen en equipo para tratar el dolor de forma adecuada (9, 10).

En el año 1973 se crea la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), y con ella el actual concepto de dolor: “experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con el daño tisular actual ó potencial, ó descrito en términos de dicho daño”. Hasta entonces, el dolor era sólo el resultado de un daño tisular. Con la definición de la IASP, se establece, por primera vez, que el dolor se puede experimentar sin que exista una lesión real, además de convertirlo en experiencia psicológica (8, 10).

Fisiopatología, clasificación del dolor y afrontamiento

En la década de los 60, Melzack y Casey propusieron un modelo de dolor denominado Teoría del Control de la Puerta, en el que se distinguen tres dimensiones implicadas en la experiencia dolorosa: sensorial-discriminativa, motivacional-afectiva y cognitiva-evaluativa (2, 3, 10).

1. **Sensorial-discriminativa.** Se refiere a la transmisión del dolor. Este se inicia tras la estimulación de unas terminaciones nerviosas localizadas en piel y órganos, denominadas nociceptores, que se activan por la acción de estímulos nocivos que pueden ser mecánicos, térmicos o químicos. Esta estimulación es transmitida, mediante un impulso electroquímico, a las fibras nerviosas de la médula espinal y a continuación al cerebro.
2. **Motivacional-afectiva.** Hace referencia a la experiencia emocional displacentera que genera el dolor.



3. **Cognitiva-evaluativa.** Experiencias anteriores, rasgos de personalidad, pensamientos, creencias, estrategias de afrontamiento, entre otros, intervienen en el proceso de interpretación y valoración del dolor.

La clasificación del dolor se realiza en función de su patogenia, localización, curso, intensidad y duración (11, 12, 13, 14).

	CLASIFICACIÓN	DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS
Patogenia	Nociceptivo	Estimulación de receptores del dolor provocado por daño tisular	Sordo y punzante
	Neuropático	Daño en el sistema nervioso central o periférico	Hormigueos, calor y sensación de pinchazos
	Psicógeno	El dolor físico no tiene naturaleza orgánica, es de origen psicológico	
Localización	Somático	Lesiones en tejidos corporales (músculos, huesos, piel...)	Bien localizado
	Visceral	Daño de un órgano, sistema o tejido	Difuso
Curso	Continuo	Constante	
	Irruptivo	Aparece de forma brusca, intensa y transitoria sobre un dolor persistente	
Intensidad	Leve (EVA 1-3)		
	Moderado (EVA 4-7)		
	Grave (EVA 8-10)		
Duración	Agudo	Respuesta fisiológica ante un daño tisular	Función protectora Duración limitada
	Crónico	Se extiende más de 3 ó 6 meses desde su aparición y normalmente sin que haya ningún tipo de daño en los tejidos. Cuando tiene su origen en una patología neoplásica se denomina dolor crónico oncológico	

Tabla 1. Clasificación del dolor

El dolor agudo, cuando es de tipo nociceptivo o neuropático, actúa como señal de alarma cuando existe una lesión que afecta al organismo, es decir, tiene función protectora. Una vez que revierte la lesión, el dolor desaparece.

Cuando el dolor se cronifica, no existe función protectora. La sensibilización de la esfera psicológica provoca en los pacientes un aumento de preocupación que induce a centrar su atención en el dolor. Como resultado, la sensación subjetiva del mismo aumenta y la experiencia dolorosa pasa de ser protectora a ser patológica (2, 8).



Dentro de la dimensión cognitiva-evaluativa del dolor se incluyen las llamadas estrategias de afrontamiento. Se clasifican en adaptativas o activas y en desadaptativas o pasivas.

En las activas, el paciente intenta manejar el dolor mediante métodos físicos o psicológicos. Se asocian con menor sensación dolorosa y menos síntomas depresivos. En las pasivas, el sujeto no se responsabiliza de su dolor, cediendo esta a medios externos. Se relacionan con incremento de dolor, depresión y deterioro funcional. Ejemplos de estrategias activas son la distracción o la búsqueda de apoyo social; ejemplos de estrategias pasivas son el catastrofismo, las ideas esperanzadoras o el rezo (8, 14, 15).

Dolor crónico y calidad de vida

El dolor está presente en la mayoría de las patologías, pero es más común en aquellas que están relacionadas con el aparato locomotor. El dolor musculoesquelético, el neuropático y el vascular son las causas más frecuentes de dolor crónico (16).

Los efectos a largo plazo que produce el dolor abarcan la esfera física, social y emocional. La depresión, junto con la ansiedad, son dos de los problemas más comunes detectados en los pacientes con dolor crónico, llegando a ser las complicaciones psicológicas con mayor comorbilidad. Se sabe que el dolor influye en los niveles de depresión, pero también la depresión determina los niveles de dolor, de forma que actúan recíprocamente (17, 18).

La alteración de la calidad del sueño es otro de los efectos a largo plazo. Se estima que el 50-70% de los pacientes con dolor moderado-intenso sufren trastornos del sueño asociados a dificultad para conciliar el mismo, despertares nocturnos por dolor y sueño no reparador. La alteración del sueño implica un aumento progresivo de la sensación dolorosa (17, 19).

Otro aspecto a tener en cuenta es como afecta el estado de salud a las relaciones sociales y familiares. Según un estudio llevado a cabo a nivel europeo en 2014 por la Federación Europea de Secciones de la IASP (EFIC), "Pain Proposal", el 50% de los pacientes estaban preocupados por el efecto que el dolor pudiera tener en sus relaciones. El 36% afirmó que el dolor tenía un impacto negativo en su familia o amigos y el 27% confirmaron sentirse aislados socialmente debido al dolor (5).



El aislamiento social y familiar, es más frecuente en las patologías con afectación musculoesquelética debido a la limitación de la movilidad. Como resultado de esta afectación, los síntomas depresivos pueden agravarse aún más.

Al verse alterados el componente físico, social y emocional, la calidad de vida de estos pacientes disminuye. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define calidad de vida como: "la percepción del individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en el que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses"⁽¹⁵⁾.

La calidad de vida, por tanto, está compuesta por dos dimensiones: una funcional, que incluye las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y los trabajos remunerados o no (ocupación laboral, tareas del hogar); y otra subjetiva que refleja cómo se encuentra emocionalmente el paciente. Por todo ello, el dolor crónico se considera una enfermedad en sí misma ⁽¹⁵⁾.

Envejecimiento, consumo de analgésicos y gasto sanitario

Con el envejecimiento de la población y el aumento de la esperanza de vida, la prevalencia de dolor en pacientes mayores de 60 años está creciendo, así como la comorbilidad de patologías crónicas. De forma errónea, el dolor en los pacientes ancianos se considera un síntoma común debido al envejecimiento ^(13, 20).

Los pacientes pluripatológicos tienen prescritos multitud de fármacos entre los que se encuentran los analgésicos. La escalera analgésica realizada por la OMS en 1986, estableció tres escalones con diferentes fármacos en función de la intensidad del dolor de tipo oncológico, pero en la actualidad también se aplica al tratamiento del dolor no oncológico tanto agudo como crónico. En los últimos años se ha añadido un cuarto eslabón relacionado con terapias invasivas (bloqueos nerviosos, anestesia continuada...) que se llevan a cabo cuando la medicación analgésica fracasa ^(11, 12, 14).



Ilustración 1. Escalera analgésica de la OMS

Según un informe realizado por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) el consumo de analgésicos de primer eslabón, concretamente de antiinflamatorios no esteroideos (AINES), se ha incrementado notablemente en los últimos años, aumentando a su vez los casos de reacciones adversas medicamentosas (RAM)⁽²¹⁾. Actualmente, los efectos adversos del ibuprofeno se dan con mayor frecuencia porque se consume de forma habitual y no requiere prescripción médica, lo que ha generado que la AEMPS lance advertencias sobre un uso responsable del mismo, formando parte de multitud de noticias en los medios de comunicación.

RAM a largo plazo de analgésicos de primer eslabón		Dosis diaria máxima recomendada
AINES	<ul style="list-style-type: none"> • hemorragias gastrointestinales • úlceras gástricas • daño renal 	2.400 mg (ibuprofeno)
Paracetamol	<ul style="list-style-type: none"> • hepatotoxicidad 	4 gr
Metamizol	<ul style="list-style-type: none"> • granulocitosis 	6 gr

Tabla 2. RAM y dosis diaria máxima recomendada de analgésicos de primer eslabón

El paracetamol también se comercializa sin receta médica, pero el metamizol sí requiere de prescripción médica para su administración. En algunos países, como en Estados Unidos, este medicamento está retirado debido a los peligrosos efectos adversos ⁽²²⁾.

El consumo de analgésicos ocasiona al Sistema Sanitario pérdidas de miles de euros anuales. Según datos del Sistema Nacional de Salud (SNS) solo en 2009 el gasto de ibuprofeno y paracetamol superaba los 200 millones de euros, formando parte de la lista de medicamentos más consumidos en nuestro país ⁽²³⁾.

Pero para conocer el coste total del tratamiento y diagnóstico del dolor hay que añadir otros numerosos costes directos (personal sanitario, laboratorio, camas hospitalarias,



etc.) e indirectos (absentismo laboral, pensiones, indemnizaciones, etc.). Se calcula que en España el coste total que genera el dolor crónico es de 16.000 millones de euros al año, siendo las patologías que ocasionan más gastos la fibromialgia, la osteoartritis y la migraña (5, 24).

4. OBJETIVOS

Objetivo principal

- Conocer el grado de dolor no oncológico en pacientes con edad igual o mayor de 65 años de una Zona Básica de Salud.

Objetivos específicos

- Calcular la prevalencia de dolor crónico no oncológico en pacientes con edad igual o mayor de 65 años.
- Identificar la analgesia empleada por los pacientes y la cantidad media que consumen al mes.
- Valorar la calidad de vida de los pacientes con dolor crónico no oncológico.
- Describir las estrategias de afrontamiento empleadas por los pacientes para aliviar el dolor.
- Diseñar un taller multidisciplinar para pacientes con dolor crónico no oncológico en un Centro de Salud de Atención Primaria.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

5.1. Tipo de estudio

El estudio es de tipo observacional, descriptivo, prospectivo, transversal de corte cuantitativo.

5.2. Población a estudio

La población a estudio son N= 3.560 pacientes \geq de 65 años pertenecientes al Área de Salud Valladolid Este, en concreto a la Zona Básica de San Isidro- Pajarillos.



5.3. Descripción de la muestra, del tipo y técnica de muestreo y justificación del tamaño muestral

La población estudiada es una muestra representativa y aleatoria de la población \geq de 65 años. La unidad de análisis se conformó con una muestra de 73 pacientes de ambos sexos, para un nivel de confianza del 95%, una precisión del 5% y una prevalencia del 50%. Añadimos un 15% más de individuos ante las posibles exclusiones que pudieran surgir durante el desarrollo del trabajo ($n=84$).

La muestra se obtuvo mediante un muestreo aleatorio sistemático. Calculamos una constante de muestreo (K) dividiendo la población a estudio ($N=3560$) entre la muestra de pacientes que necesitamos ($n= 84$) ($K=N/n= 42$). El primer paciente del listado es el primer individuo de la muestra, siendo los siguientes cada 42 pacientes.

Durante el proceso de obtención de la muestra hubo un total de 26 exclusiones por las siguientes causas: 2 fallecimientos, 1 ingreso hospitalario, 1 negativa a participar en el estudio, 12 no se les pudo localizar y los 10 restantes presentaban patología neoplásica. Al no llegar al mínimo tamaño muestral establecido, 15 pacientes fueron sustituidos por otros del mismo sexo que iban a continuación en el listado de la muestra.

5.4. Ámbito de estudio

El estudio se efectúa en el marco de la Atención Primaria (AP), en una Zona Básica de Salud (ZBS) urbana de Valladolid Este, en el Centro de Salud “Tórtola”. La provincia de Valladolid está formada por dos Áreas de Salud, Área Este y Área Oeste. El Área Este la constituyen 24 centros de salud, de los cuales 13 son urbanos y 11 son rurales. El hospital de referencia es el Hospital Clínico Universitario de Valladolid y el Hospital de Medina del Campo.

5.5. Criterios de inclusión y de exclusión

Criterios de inclusión

- Pacientes \geq de 65 años que aceptaron participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Pacientes que han expresado abiertamente su negativa a la participación en el estudio.
- Pacientes con patología neoplásica.



- Pacientes ingresados en institución hospitalaria durante el estudio.
- Pacientes con deterioro cognitivo que impidió la realización de los cuestionarios.
- Pacientes que no pudieron ser localizados.
- Pacientes que una vez confirmada su participación por teléfono, no acudieron a la consulta para la realización de los cuestionarios.
- Defunción de los pacientes a lo largo del estudio.
- Pacientes inmovilizados.

5.6. Variables de estudio

Variables independientes sociodemográficas

- **Sexo:** hombre o mujer
- **Edad:** se determinó en años cumplidos. Para la representación de los resultados la edad fue agrupada en los siguientes intervalos: 65-74; 75-84; 85-94 y >94.
- **Estado civil:** se clasificó en: soltero, casado, separado o viudo.
- **Nivel de estudios:** analfabeto, sin estudios pero sabe leer y escribir, estudios primarios, estudios secundarios o estudios universitarios.
- **Convivencia:** solo, cónyuge, cuidador familiar o cuidador externo.

Variables independientes sobre características de la enfermedad y el tratamiento

- **Comorbilidad de patologías crónicas:** medida con escala nominal con ocho posibilidades de respuesta no excluyentes entre sí: Afectación Musculo-esquelética, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Dislipemia, Obesidad, Enfermedad Pulmonar (engloba EPOC, Disnea y Asma), Alteración Vascular y Cardiopatía.
- **Fumador:** sí o no.
- **Bebedor:** sí o no.
- **Nivel de cronicidad:** identificado y clasificado en historia electrónica:
 - G0: pacientes sanos o con procesos agudos no significativos.
 - G1: pacientes que tienen una enfermedad crónica en un estadio inicial o estable.
 - G2: pacientes con uno o varios procesos en estado avanzado.



- G3: pacientes severos, con procesos avanzados y que requieren un atención sanitaria elevada.
- **Analgesia:** tipo de medicamento según eslabón de la OMS:
 - AINES, paracetamol o metamizol: se corresponden con analgésicos de primer eslabón.
 - Tramadol o codeína: se corresponden con analgésicos de segundo eslabón.
 - Morfina, buprenorfina, metadona, oxicodona o fentanilo: se corresponden con analgésicos de tercer eslabón.
 - Nada
 - Otros medicamentos
- **Adherencia al tratamiento:** sí o no.
- **Estancia en Unidad del Dolor:** sí o no.
- **Prescripción del tratamiento analgésico:** médico de familia o médico especialista.
- **Depresión o ansiedad:** sí o no.
- **Intervención quirúrgica para alivio del dolor y si han mejorado tras la misma:** sí o no.

Variables independientes relacionadas con la calidad de vida

- **Percepción subjetiva sobre estado de salud:** excelente, muy buena, buena, regular o mala.
- **Percepción subjetiva sobre su salud en relación con hace un año:** mucho mejor ahora que hace un año, algo mejor ahora que hace un año, más o menos igual que hace un año, algo peor ahora que hace un año o mucho peor ahora que hace un año.
- **Limitación en actividades cotidianas:** sí, me limita mucho, sí me limita un poco o no me limita nada.
- **Dificultad en el cuidado personal:** nada, un poco, bastante o mucho.
- **Problemas de insomnio y pérdida de apetito:** nunca, pocas veces, muchas veces o siempre
- **Consumo de hipnóticos:** sí o no.
- **Alteración emocional:** nunca, pocas veces, muchas veces o siempre.



- **Alteración de actividades sociales:** nada, un poco, bastante o mucho.
- **Uso de alternativas terapéuticas para reducir el dolor:** sí o no.
- **Realización de actividades de tiempo libre:** sí o no.
- **Cuestionario de afrontamiento del dolor:** se preguntó únicamente en aquellos pacientes que nos referían tener dolor según la escala EVA.

Variable dependiente

- **Grado de dolor:** escala unidimensional del dolor: escala categórica. Permite conocer la intensidad del dolor. Consiste en un segmento cuyo origen indica la ausencia de dolor y el extremo el máximo dolor posible.
Posteriormente los resultados de la escala los clasificamos según la Escala Visual Analógica (EVA) en leve (1-3), moderado (4-7) y grave (8-10).

5.7. Instrumentos empleados para la recogida de datos y el análisis estadístico

La recogida de datos se divide en dos fases. Una primera fase de consulta en el programa informático de AP "MEDORA" para recoger las patologías crónicas de los pacientes de la muestra, el grado de cronicidad así como si estaban diagnosticados de ansiedad o depresión. También se aprovechó esta fase para excluir a los pacientes con patología neoplásica.

La segunda fase de la recogida de datos se llevó a cabo mediante cuestionarios validados con respuestas cerradas de opción múltiple. Estos fueron administrados por dos entrevistadores con la finalidad de evitar en la mayor medida posible algún tipo de sesgo. Se administraron dos tipos de cuestionarios:

- En el primero se obtenían datos sociodemográficos, nivel de dolor, analgesia empleada y cantidad mensual consumida, así como calidad de vida de los pacientes.
- En el segundo se obtenían las formas de afrontamiento frente al dolor.

El cuestionario de calidad de vida se basa en el cuestionario SF-12. El segundo cuestionario se corresponde con el Cuestionario de Afrontamiento del Dolor (CAD).

La entrevista inicial constaba de 30 preguntas y en el proceso de validación se redujeron a 29 preguntas. Las respuestas del CAD se modificaron para facilitar las respuestas,



sustituyendo las opciones nunca/pocas veces/a veces/muchas veces/siempre por las respuestas sí o no.

Para el tratamiento de los datos, su procesamiento y análisis se utilizó el paquete estadístico SPSS 19.0 (Statistical Product for Service Solutions) para Windows. Para cada tipo de variable se realizó en primer lugar, un análisis descriptivo univariado a través del cual se calcularon medidas como porcentajes, promedios y desviación típica.

Seguidamente se procedió a realizar un análisis bivariado para poner de manifiesto la relación existente entre variables, fundamentalmente entre la variable resultado (grado de dolor) y las variables independientes. El grado de relación entre variables cualitativas se evaluó mediante el estadígrafo Chi-cuadrado de Pearson, mientras que para evaluar la relación entre variables cuantitativas se utilizó la t de Student.

En todos los cálculos se consideró como estadísticamente significativo un valor $p < 0,05$.

5.8. Cronología

El trabajo de investigación se ha desarrollado de acuerdo al siguiente cronograma:

- En Noviembre de 2014:
 - Elección del tema del TFG y asignación de un tutor.
- En diciembre 2014 y enero 2015:
 - Planteamiento del problema a investigar.
 - Búsqueda y revisión bibliográfica de distintas fuentes que contemplaban el tema del dolor.
- En febrero 2015:
 - Solicitud del Comité Ético de la Universidad de Valladolid para realizar el estudio.
 - Recogida de datos de las historias clínicas de los pacientes mediante la aplicación informática MEDORA.
 - Validación de las encuestas el día 26 de febrero por el 10% de pacientes del tamaño muestral establecido.



- En marzo y abril de 2015 se realizaron las entrevistas con los cuestionarios validados.
- En abril y mayo de 2015 se llevó a cabo el análisis de resultados.

6. RESULTADOS

De los 73 pacientes incluidos en la muestra, el 56,16% son mujeres y un 43,84% son varones. La media de edad se sitúa en 74 años con una desviación estándar (d.t) de 7,59 años y un intervalo de confianza (IC) de 65 a 94 años. El grupo de edad comprendido entre 65 y 74 años representa el 60% del total, seguido de un 29,16% de los pacientes comprendidos entre 75 y 84 años; el 8,33% pertenece a los pacientes entre 85 y 94 años y un solo paciente se corresponde con el grupo > de 94 años.

El 58,9% están casados, el 37% son viudos y el 4,1% está separado.

Respecto al nivel de estudios, el 63% de los encuestados tiene estudios primarios, el 21,9% no tiene estudios, pero saben leer y escribir, el 8,2% tiene estudios secundarios, el 4,2% estudios universitarios y el 2,7% es analfabeto.

El 17,8% de la muestra presenta un grado de cronicidad G0, el 39,7% un G1, el 35,6% un G2 y un 6,8% un G3. Casi el total de la muestra no fuma (90,4%) y el 64,4% es consumidor habitual de alcohol.

De los pacientes encuestados, 31,5% padece algún tipo de ansiedad o depresión, de los cuales el 78.3% son mujeres.

La prevalencia de dolor es de un 67,1%, siendo el grupo mayoritario el dolor de tipo moderado, seguido del leve. El 67,3% de los sujetos con dolor son mujeres.

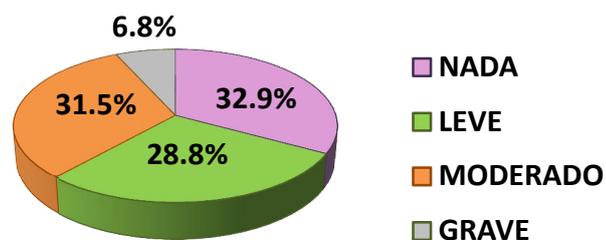


Gráfico 1. Prevalencia de dolor

Relacionando el grado de dolor con la edad y el sexo, encontramos que en el primer grupo de edad predomina el dolor de tipo moderado en las mujeres (50%). Los hombres no presentan dolor en el 60% de los casos.

En el segundo grupo de edad el dolor de tipo leve prevalece tanto en mujeres (38,5%) como en hombres (50%).

En el tercer grupo, las mayor parte de las mujeres presenta dolor moderado (40%). El único hombre con rango de edad perteneciente a este grupo presenta dolor leve.

En cuanto al último rango de edad, solamente hay un encuestado. Es hombre y presenta intensidad dolorosa leve.

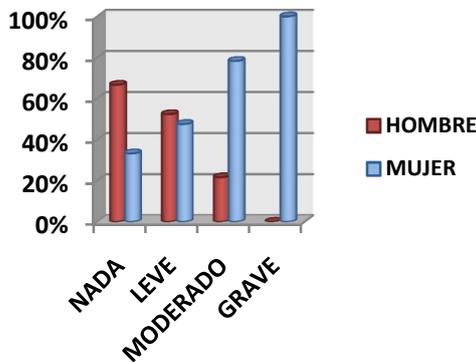


Gráfico 2. Grado de dolor por sexos

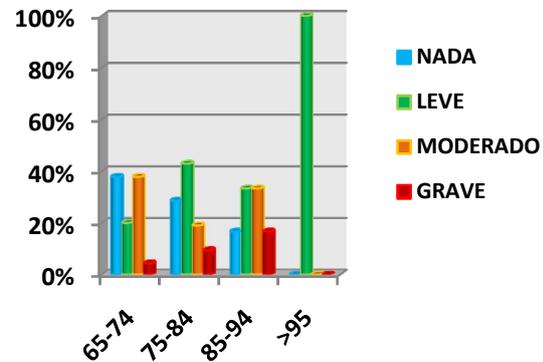
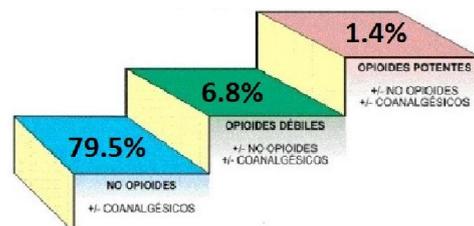


Gráfico 3. Grado de dolor por rango de edad

Respecto al consumo de analgésicos, el 79,5% consume del primer eslabón. El 5,5% usa otra farmacología coadyuvante, como en este caso la pregabalina o los parches de lidocaína. Únicamente dos mujeres de la muestra toman medicaciones de más de un eslabón.

Los pacientes que toman menos de 10 comprimidos al mes de fármacos de primer eslabón, en su mayoría no presentan dolor en la escala EVA (54,6%). Les siguen los que presentan dolor leve (38,6%). Los que toman de 10 a 30 comprimidos al mes presenta dolor moderado en el 66,7%. Los sujetos restantes, que consumen más de un comprimido diario, muestran dolor moderado en el 68,8% y grave en el 18,8% de los casos.

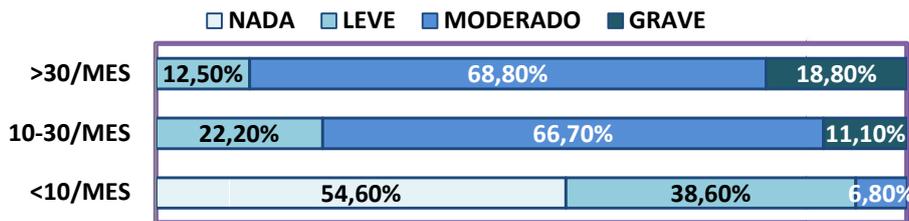
Gráfico 4. Consumo de analgésicos según escala de la OMS





En el caso de los sujetos con analgésicos de segundo eslabón, todos consumen más de 30 fármacos mensuales y presentan cuatro de ellos dolor moderado y el restante dolor grave. La única paciente con analgesia del tercer eslabón presenta EVA superior a 8. Respecto a la toma de medicación en general, únicamente refieren olvidos en la toma de la misma 13 de los encuestados, siendo el 61,5% mujeres.

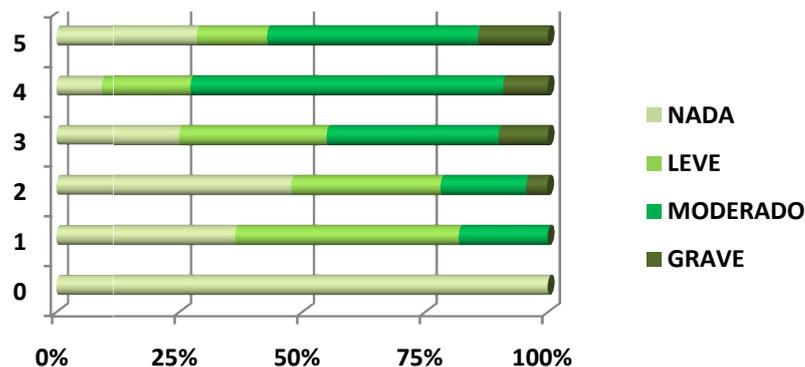
Gráfico 5. Cantidad de fármacos del primer eslabón consumidos al mes según intensidad de dolor



El 90,4% de los sujetos refiere que el tratamiento analgésico se lo ha prescrito su médico de AP. Únicamente dos pacientes de la muestra han sido derivados a las Unidades de Tratamiento del Dolor (UTD) y el 26% se ha sometido a una intervención quirúrgica para paliar o solucionar el problema que causa el dolor. De ellos, el 84,2% refiere mejoría tras la intervención.

Sobre la comorbilidad de patologías crónicas, se observa que más del 50% de la muestra presenta tres o más patologías; la mayoría son mujeres (57,89%). Con un 31,5% el grupo mayoritario es el que presenta dos patologías crónicas. Las más prevalentes en los encuestados son hipertensión (64,4%), dislipemia y enfermedad musculoesquelética con 57,5% cada una. El 23,3% de los sujetos presenta alguna cardiopatía, el 21,9% Diabetes Mellitus, el 19,2% obesidad, el 15,1% alteración vascular y el 8,2% enfermedad pulmonar.

Gráfico 6. Grado de dolor en función de la comorbilidad de patologías crónicas





En cuanto a la calidad de vida de los pacientes de la muestra, casi la mitad de los encuestados piensa que su salud es buena, seguido de regular con un 31,5%. Comparando su salud con hace un año, la mayoría opina tener más o menos el mismo estado de salud (58,9%).

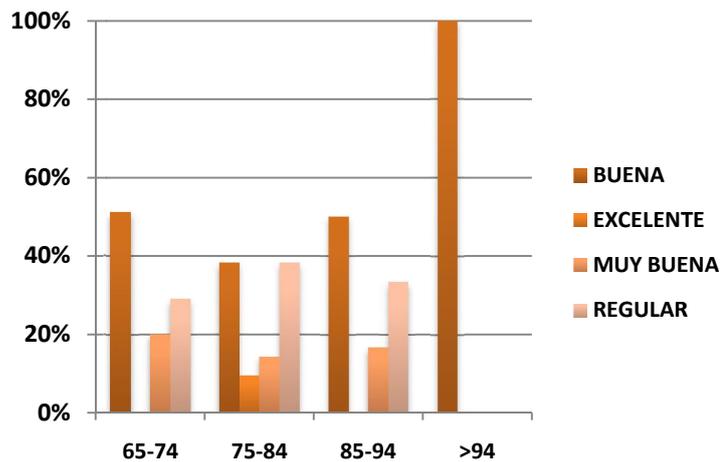


Gráfico 7. Autopercepción de la salud por rango de edad

Respecto a las actividades cotidianas, el 80% de los sujetos con dolor grave tiene dificultades para realizarlas y los que presentan dolor moderado se ven afectados en un 65,2%. De igual manera, los pacientes con EVA superior a 8 refieren problemas para realizar el cuidado personal y pérdida de apetito en el 80% de los casos.

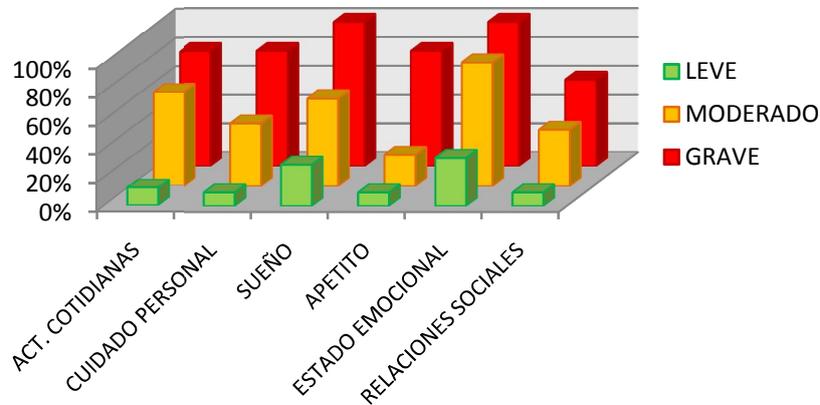
En relación con el sueño, todos los pacientes con dolor grave presentan problemas para conciliar el mismo, y los que refieren dolor moderado lo presentan en el 60,8%.

Uno de cada tres sujetos de la muestra que no padecen dolor o es leve, refieren sentirse desanimados o tristes en algún momento. La frecuencia de afectación emocional aumenta al 78,2% en pacientes con dolor moderado y llegando al 100% en pacientes con dolor grave.

Los encuestados con EVA superior a 8 presentan dificultad a la hora de realizar actividades sociales con la familia o amigos debido al dolor (60%). Los enfermos con dolor moderado lo presentan en el 40% de los casos.

En el siguiente gráfico se resumen el porcentaje de cada grupo de intensidad dolorosa que tiene afectados los parámetros que hemos integrado en la calidad de vida.

Gráfico 8. Calidad de vida en función de la intensidad del dolor



Sobre el empleo de terapias alternativas para aliviar el dolor, el 72,5% de la muestra negaron utilizarlas. Dichos sujetos presentan dolor en el 69,8% de los casos. De los encuestados que afirman emplear terapias alternativas, el 40% no presenta dolor y el 30% refiere dolor leve y moderado.

En cuanto a las técnicas de afrontamiento empleadas por los sujetos de la muestra que presentan dolor, el 61,22% afirma rezar alguna vez para que el mismo desaparezca. El 81,63% reconoce compartir su dolor con personas de su entorno y el 85,71% dice distraerse haciendo cosas que le gustan.

7. DISCUSIÓN

Según el estudio "Pain in Europe", el perfil del paciente español con dolor crónico es mujer, ama de casa, con nivel socioeconómico medio y estudios primarios (25). En nuestro estudio hemos obtenido que más de la mitad de los encuestados presentaban dolor, siendo este más frecuente en el sexo femenino y comprendido en un grupo de edad de 65-74 años. Se observó que había una relación estadísticamente significativa entre grado de dolor y sexo ($p=0,011$) pero no entre grado de dolor y rango de edad.

No fue posible conocer la causa del dolor crónico en los pacientes de la muestra, ya que este no constituye un diagnóstico médico y no aparece como tal en el soporte informático MEDORA. El dolor podía estar producido por más de una patología o tener origen psicógeno.



Los analgésicos del primer eslabón son los más consumidos entre los encuestados, en concreto, paracetamol de 1 gramo o ibuprofeno de 600 miligramos. Destacar que algunos pacientes afirmaron tomar analgésicos para anticiparse al dolor, aunque en la escala EVA señalasen no presentarlo o presentarlo de forma leve. El 15,1% de los encuestados no refiere tomar analgésicos, pero consultando su historia clínica se observó que los tienen prescritos y que demandan recetas en la consulta. Relacionando el grado de dolor con el consumo de analgésicos se obtuvo una relación estadísticamente significativa de moderada correlación (cf. person 0,524).

Sobre las patologías crónicas, se observa que una de las más prevalentes es la afectación musculoesquelética, resultado que está en línea con la bibliografía consultada (4, 16). Cuando se relacionó el grado de dolor con el número de patologías se comprobó que había relación estadísticamente significativa, aunque era de escasa correlación (cf. Pearson 0,342). Se debe tener en cuenta que no todas las patologías crónicas descritas en las variables cursan con dolor, como por ejemplo las dislipemias o las diabetes controladas. Por tanto, el grado de dolor dependerá del tipo de patologías que coexistan y en el caso de la musculoesquelética qué tipo en concreto.

Se observa que los hombres tienen mejor autopercepción de la salud que las mujeres y en general pertenecen al rango de edad 65-74 años. Los pacientes de la muestra no asociaban dolor a estado de salud. Así por ejemplo los sujetos que referían dolor moderado presentaban una salud regular en el 52,2% seguido de un 43,5% con una buena percepción de la salud. Lo mismo sucede con los sujetos con EVA grave donde el 80% se siente con buena salud.

A la hora de analizar los parámetros integrados en la calidad de vida con el grado de dolor, comprobamos que a medida que aumenta la intensidad dolorosa la calidad de vida disminuye, ya que varios parámetros se ven alterados.

El grupo con menor calidad de vida es el que presenta EVA grave. En este grupo, junto con el que refiere dolor leve, el sueño y el estado emocional son los parámetros más afectados. En el grupo del dolor moderado han sido las actividades cotidianas y el estado emocional, seguido del sueño. Estos resultados se relacionan con varias revisiones bibliográficas donde se afirma que la alteración del sueño es uno de los efectos a largo plazo más comunes en los pacientes con dolor crónico (17). Observamos



además que en nuestra muestra los pacientes con dolor grave y moderado tenían prescripción de hipnóticos en el 40% y en el 43,47% respectivamente.

Analizando los sujetos que consumían opioides del segundo eslabón comprobamos que el 80% presenta problemas para conciliar el sueño. Varios estudios realizados sobre opioides y sueño demuestran que la administración de estos analgésicos altera las fases del mismo, provocando aumento de la intensidad dolorosa (17, 19).

Únicamente el 36,7% de los pacientes con dolor estaban diagnosticados de ansiedad o depresión. Resultado que no se relaciona con los obtenidos en otros estudios donde el porcentaje asciende al 50%, aunque los últimos realizados señalan un rango que se sitúa entre el 22% y el 78% (4, 17, 19). Relacionando el grado de dolor con la existencia de ansiedad o depresión se obtuvo una relación estadísticamente significativa, pero de escasa correlación.(cf. Pearson 0,253)

Las relaciones sociales, junto con el apetito, son los parámetros menos afectados. El 85,7% de los encuestados con dolor realizaba actividades de ocio y tiempo libre entre las que destacan el paseo, el cuidado de los nietos y la realización de talleres en el centro cívico. Estos resultados se relacionan con el alto porcentaje que empleaba la distracción como estrategia de afrontamiento, lo que podría explicar el bajo porcentaje de relación dolor-depresión.

Hay que destacar el elevado porcentaje de pacientes que emplea el rezo como método para aliviar el dolor. Al estar la muestra compuesta por pacientes de edad avanzada las costumbres religiosas forman parte de su cultura y creencias.

Resulta llamativo el empleo de terapias alternativas en los pacientes que no referían dolor, en su mayoría los masajes. Había un grupo de pacientes que estaban en rehabilitación durante el estudio y otros que nos refirieron que su médico no se lo aconsejaba.

Las fortalezas del estudio son que todos los datos recogidos son reales, ya que han sido recopilados por medio de cuestionarios suministrados en el Centro de Salud. Así mismo, es un trabajo de investigación en el que se buscan las necesidades de la muestra para posteriormente realizar talleres formativos para resolver las mismas.



Las limitaciones más importantes de este estudio son que al haberse realizado en una única ZBS es posible que no represente la totalidad de la población.

Respecto a los sesgos del estudio, destacar que en el momento de realización de las encuestas los pacientes podían encontrarse en un periodo de mínimo dolor, por lo que la autovaloración del grado del mismo puede verse disminuída en ese momento.

El tratamiento del dolor crónico no oncológico está comenzando a integrarse en la Cartera de Servicios de AP de algunas Comunidades Autónomas. Así por ejemplo, en Andalucía existe la atención al paciente con dolor crónico no oncológico y en Asturias al de origen musculoesquelético (5, 25). Pero en general, no existe una estrategia nacional que implique el tratamiento del dolor más allá del ámbito farmacológico ni que implique educación sanitaria; únicamente hay estándares en las UTD, donde las técnicas invasivas adquieren un primer plano (16).

Planificación del taller. El objetivo que nos planteamos con respecto al paciente con dolor crónico es mejorar sus habilidades para afrontar la situación y mejorar su calidad de vida a través de estos cambios. Queremos que el paciente participe de forma activa en su recuperación.

Al mismo tiempo podemos conseguir una reducción del consumo de medicación analgésica, una disminución de la demanda de pacientes hiperfrecuentadores, y una mejor relación profesional de la salud- paciente.

Diseño: va a tener una duración aproximada de una sesión semanal durante cuatro semanas, de noventa minutos de duración cada sesión. Cada grupo lo formarán como máximo diez pacientes para conseguir una actividad dinámica. Lo realizará la enfermera en ayuda del fisioterapeuta del centro. Los pacientes podrán ir acompañados de un familiar o cuidador para que pueda ampliar sus conocimientos y aprenda las técnicas con el objetivo de aplicarlas en el domicilio. Cada sesión estará dividida en una primera parte para recordar lo aprendido en sesiones anteriores y una segunda parte de exposición de la clase por medio de soportes audiovisuales.

Tanto en la primera sesión como en la última se realizará una encuesta para detectar y valorar los cambios experimentados. Al finalizar el taller se le entregará a cada paciente un documento escrito con el resumen de lo tratado y ejercicios breves para realizar en casa.



1º Semana: Introducción breve del dolor e implicación de aspectos psicológicos.

Se explicará al paciente las tres dimensiones implicadas en la experiencia dolorosa, los tipos de dolor y la sensación subjetiva del mismo.

2ª Semana: Hábitos dietéticos. Importancia de una dieta equilibrada y ejercicio.

Se expondrá los pilares básicos de una dieta sana, explicación de la pirámide de los alimentos. Importancia del ejercicio.

3ª y 4ª Semana: Estrategias de afrontamiento, técnicas de relajación, respiración y distracción.

8. CONCLUSIÓN

A la vista de los resultados obtenidos en nuestro estudio, podemos concluir que:

- El dolor crónico está presente en dos de cada tres pacientes con edad igual o mayor a 65 años, siendo más frecuente en mujeres.
- El consumo de analgésicos entre los pacientes se incrementa a medida que asciende el dolor en la escala EVA. La ingesta de analgésicos de forma descontrolada está a la orden del día, siendo más elevada entre la población adulta, donde la automedicación para anticiparse al dolor se lleva a cabo con bastante frecuencia.
- El dolor crónico repercute sobre la calidad de vida a largo plazo, estando más acentuada cuando el dolor es de tipo moderado o grave. El sueño y la alteración emocional coexisten de manera importante, pudiendo ser factores de riesgo ante futuros aislamientos sociales y familiares y cuadros depresivos.
- El rezo como estrategia de afrontamiento sigue vigente en la población adulta, pese a considerarse estrategia de tipo desadaptativa.
- El dolor no es meramente resultado de una transmisión neuronal, por lo que se deben incluir en la práctica diaria, aspectos cognitivos y conductuales en el tratamiento del mismo, de tal manera que el paciente aprenda a controlarlo a través de mecanismos físicos y psíquicos.



- La enfermera de AP está capacitada para valorar a los pacientes con dolor crónico, controlar la medicación que consume, y enseñar técnicas de afrontamiento a través de talleres educativos.

9. AGRADECIMIENTOS

Agradecer a mi tutora Evangelina García Barbero aceptar realizar este trabajo conmigo. Su dedicación e implicación me ha servido de apoyo en todo momento para desarrollarlo. Sus conocimientos sobre investigación y estadística me han sido muy útiles a la hora de realizar el estudio. Destacar su capacidad profesional, pero ante todo su calidad como persona.

A Alberto Simarro Martín, fisioterapeuta del Centro de Salud Tórtola, por ampliar mis conocimientos acerca del dolor, informarme sobre estudios realizados por él mismo y permitirme acudir a sus talleres de "Escuela de Espalda".

Y en general, al Centro de Salud Tórtola donde desarrollé el trabajo y en especial a los pacientes que voluntariamente accedieron a participar en el estudio, sin ellos esto no hubiera sido posible.



10. BIBLIOGRAFÍA

1. Juan Cardona Pescador. Los miedos del hombre. Ed: Rialp SA; 1988.
2. Villar J.. Cómo investigar en algo tan subjetivo como el dolor. Revista Sociedad Española del Dolor [revista en Internet]. 2006 Mayo [consulta el 24 de abril de 2015] ; 13(4): 250-253. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462006000400006
3. Torres L.M., Elorza J., Gómez-Sancho M., Micó J.A., Muriel C., Reig E. Medicina del dolor. Barcelona: Masson; 1997.
4. Calsina-Berna A., Moreno Millán N., González-Barboteo J., Solsona Díaz L., Porta Sales J. Prevalencia del dolor como motivo de consulta y su influencia en el sueño: experiencia en un centro de Atención Primaria. Elsevier [revista en Internet]. 2011 [consulta el 22 de marzo de 2015]; 43(1):575-6. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-prevalencia-dolor-como-motivo-consulta-90035797>
5. Torralba A., Miquel A., Darba J.. Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa "Pain Proposal". Revista Sociedad Española del Dolor [revista en Internet]. 2014 Feb [consulta el 17 de enero de 2015] ; 21(1): 16-22. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462014000100003&lng=es
6. Plataforma Sin Dolor [sede Web]. Madrid: Fundación para la Investigación en Salud; 2008 [consulta el 24 de febrero de 2015]. Disponible en: <http://www.plataformasindolor.com>
7. Ackley B. J., Ladwig G. B. Manual de diagnósticos de enfermería: guía para la planificación de los cuidados. 7ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.
8. Moix Queraltó, Jenny. Análisis de los factores psicológicos moduladores del dolor crónico benigno. Anuario de psicología / The UB Journal of psychology [revista en Internet]. 2005 [consulta el 1 de abril de 2015]; 36(1): 37-60. Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/view/61806/75658>
9. Pérez-Cajaraville J., Abejón D., Ortiz J. R., Pérez J. R.. El dolor y su tratamiento a través de la historia. Revista Sociedad Española del Dolor [revista en Internet]. 2005 Sep [consulta el 20 de enero de 2015] ; 12(6): 373-384. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462005000600007&lng=es
10. Guía para el manejo del dolor en condiciones de bajos recursos. [Internet]. Washington DC: Asociación Internacional para el estudio del dolor; 2010 [consulta el 18 de enero de 2015]. Disponible en: http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement_Spanish.pdf
11. Romero Sánchez M., Zapatero Gaviria A. Actualización del tratamiento analgésico. Medicine [revista en Internet]. 2014 [consulta el 7 de marzo de 2015]; 11(69): 4122-31. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541214708911>
12. Puebla Díaz F.. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico. Oncología (Barc.) [revista en Internet]. 2005 Mar [consulta el 7 de marzo de 2015] ; 28(3): 33-37. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006
13. Dziechciarz M., Balicka-Adamik L., Filip R. The problem of pain in old age. Ann Agric Environ Med. [Internet]. 2013 [consulta el 10 de marzo de 2015]; Special Issue: 35-38. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25000839>



14. San Bartolomé Gutiérrez J. Valoración y análisis de las estrategias de afrontamiento de los enfermos oncológicos con dolor crónico. Revista Enfermería Castilla y León. [revista en Internet]. 2014 [consulta el 26 de febrero de 2015]; 6(2): 74-92. Disponible en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/132>
15. Torre F., Martín-Corral J., Callejo A., Gómez-Vega C., La Torre S., Esteban et al. Calidad de vida relacionada con la salud y estrategias de afrontamiento ante el dolor en pacientes atendidos por una unidad de tratamiento del dolor. Revista Sociedad Española del Dolor [revista en Internet]. 2008 Mar [consulta el 2 de marzo de 2015]; 15(2): 83-93. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462008000200004&lng=es
16. Palanca Sánchez I. (Dir.), Puig Riera de Conías M.M. (Coord. Cient.), Elola Somoza J. (Dir.), Bernal Sobrino J.L. (Comit. Redac.), Paniagua Caparrós J.L. (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. Unidad de tratamiento de dolor: estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
17. Castro A., Gili M., Aguilar J.L., Pélaez R., Roca M.. Sueño y depresión en una muestra de pacientes con dolor crónico. Rev. Soc. Esp. Dolor [revista en Internet]. 2014 Dic [consulta el 11 de febrero de 2015]; 21(6): 299-306. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462014000600002&script=sci_arttext
18. De Heer EW, Gerrits MMJG, Beekman ATF, Dekker J, van Marwijk HWJ, et al. The Association of Depression and Anxiety with Pain: A Study from NESDA. PLoS ONE [Internet]. 2014 [consulta el 9 de febrero de 2015] 9(10): e106907. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25330004>
19. Mencías Hurtado A. B., Rodríguez Hernández J. L.. Trastornos del sueño en el paciente con dolor crónico. Rev. Soc. Esp. Dolor [revista en Internet]. 2012 Dic [consulta el 12 de febrero de 2015]; 19(6): 332-334. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462012000600008&lng=es
20. Leadley, R. M., Armstrong, N., Reid, K. J., Allen, A., Misso, K. V, and Kleijnen, J. Healthy aging in relation to chronic pain and quality of life in Europe. Pain Practice. [Internet]. 2014 [consulta el 20 de febrero de 2015]; 14(6): 547-558. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24138082>
21. Agencia Española de Medicamento y Productos Sanitarios [Sede Web]. Madrid: Agencia Estatal; 2013 [actualizada el 4 de mayo de 2015; consulta el 11 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.aemps.gob.es/home.htm>
22. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Sede Web]. Madrid: Subsecretaría del Departamento; 2013 [actualizada el 6 de febrero de 2015; acceso el 17 de febrero de 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/home.htm>
23. Muriel Villoria C., Madrid Arias J. L. Estudio y tratamiento del dolor agudo y crónico. Tomo I. Madrid: ELA; 1994.
24. Rodríguez M. J.. Valoración de la actitud terapéutica ante el paciente con dolor crónico en las Unidades de Dolor en España: Estudio STEP. Rev. Soc. Esp. Dolor [revista en Internet]. 2006 Nov [consulta el 7 de mayo de 2015]; 13(8): 525-532. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462006000800003&lng=es
25. Cartera de Servicios de Atención Primaria. Desarrollo, organización, usos y contenido. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.



11. ANEXOS

11.1. Cuestionario de calidad de vida

1. Sexo
 - Hombre
 - Mujer

2. Edad

3. Estado civil
 - Soltero
 - Casado
 - Separado
 - Viudo

4. Nivel de estudios
 - Analfabeto
 - Sin estudios, pero sabe leer y escribir
 - Estudios primarios
 - Estudios secundarios
 - Estudios universitarios

5. Convivencia
 - Solo
 - Cónyuge
 - Cuidador familiar
 - Cuidador externo

6. Tipos de patologías crónicas que padece
 - Musculoesquelética
 - HTA
 - Diabetes Mellitus
 - Dislipemia
 - Obesidad
 - Pulmonar
 - Alteración vascular
 - Cardiopatía

7. ¿Fuma?
 - Sí
 - NoEn caso afirmativo, especifique cuántos cigarrillos diarios

8. ¿Consume alcohol?
 - Sí
 - NoEn caso afirmativo, especifique la cantidad.....

9. Nivel de cronicidad
 - G0
 - G1
 - G2
 - G3

10. Medicación analgésica que toma
 - Paracetamol / Metamizol / Ibuprofeno
 - Tramadol / Codeína
 - Morfina / Oxidodona / Fentanilo / Metadona / Buprenorfina
 - Nada
 - Otros.....

11. Cantidad.....



12. ¿Se ha olvidado en alguna ocasión tomar la medicación?

- Sí
- No

13. Grado de dolor

0	4	6	10
Nada	Poco	Bastante	Mucho

14. ¿Ha estado alguna vez en una Unidad del Dolor?

- Sí
- No

15. ¿Quién le puso el tratamiento para el dolor, el médico de familia o el especialista?

- Médico de familia
- Especialista

16. ¿Padece usted depresión o ansiedad?

- Sí
- No

17. Le han operado con el fin de aliviar el dolor?

- Sí
- No

18. ¿Ha mejorado tras la intervención?

- Sí
- No

19. En general, usted diría que su salud es:

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

20. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?:

- Mucho mejor ahora que hace un año
- Algo mejor ahora que hace un año
- Más o menos igual que hace un año
- Algo peor ahora que hace un año
- Mucho pero ahora que hace un año

21. ¿Le limita el dolor a la hora de realizar sus actividades cotidianas (tareas domésticas, hacer la compra...)?

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No me limita nada

22. ¿Hasta qué punto el dolor le dificulta su cuidado personal (asearse, vestirse...)?

- Nada
- Un poco
- Bastante
- Mucho

23. ¿Con qué frecuencia el dolor le impide dormir?

- Nunca
- Pocas veces
- Muchas veces
- Siempre

24. ¿Toma medicación para dormir?

- Sí
- No



25. ¿Con qué frecuencia el dolor le quita el apetito?
- Nunca
 - Pocas veces
 - Muchas veces
 - Siempre
26. ¿Cuántas veces se siente desanimado y triste debido al dolor?
- Nunca
 - Pocas veces
 - Muchas veces
 - Siempre
27. ¿Hasta qué punto su dolor le ha dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos los vecinos u otras personas?
- Nada
 - Un poco
 - Bastante
 - Mucho
28. ¿Emplea usted terapias alternativas para el alivio de su dolor (relajación, masaje, tratamiento homeopático, acupuntura, etc.)?
- Sí
 - No
- En caso afirmativo, especifique
29. Realiza actividades de ocio y tiempo libre (cuidado de los nietos, juegos de cartas con amigos)?
- Sí
 - No
- En caso afirmativo, especifique



11.2. Cuestionario de Afrontamiento del Dolor

	SÍ	NO
Religión		
Rezo para que mis dolores desaparezcan		
Catarsis (Búsqueda de Apoyo Social Emocional)		
Cuando tengo dolor les digo a los demás lo mucho que me duele, pues el compartir mis sentimientos me hace encontrarme mejor		
Distracción		
Cuando tengo dolor me esfuerzo en distraerme haciendo cosas que me gustan (ver la televisión, escuchar música...)		
Autocontrol mental		
Cuando tengo dolor me concentro en su localización e intensidad para intentar controlarlo		
Ignoro el dolor		
Autoafirmación		
Me digo a mí mismo que puedo superar el dolor		
Aunque me duele me contengo y procuro que no se me note		
Búsqueda de información (Búsqueda de Apoyo Social Instrumental)		
Busco a algún amigo, familiar o profesional para que me aconseje cómo superar la situación		



11.3. Autorización del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería.



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID
Facultad de Enfermería

Reunida la Comisión de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de Valladolid el día 26 de febrero de 2015 y vista la solicitud presentada por:

D^a. Sandra San José Santo Tomás, estudiante de Grado de la Facultad de Enfermería y

El tutor del TFG, doña Evangelina García Barbero

Acuerda emitir **informe favorable**, en relación con la propuesta del TFG, titulado: Proyecto de un taller para pacientes con dolor crónico no oncológico

Valladolid, a 26 de febrero de 2015

LA PRESIDENTA DE LA COMISION



Fdo.: M^a José Cao Torija