

Trabajo de Fin de Grado
Curso 2015/16



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

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

Autor/a: Rodríguez Fernández, Silvia

Tutor/a: Viaña Caballero, José Luis

RESUMEN

El dolor crónico continúa siendo un reto para las ciencias de la salud y para la enfermería debido a la repercusión psicológica en el individuo, así como, a la elevada prevalencia y gasto en nuestra sociedad.

Comprender el dolor desde una perspectiva multidisciplinar, conseguir un mejor control de este y de las variables psicológicas, insomnio y ansiedad, son los objetivos expuestos.

La revisión bibliográfica en numerosos libros, revistas científicas, páginas web y la utilización de la herramienta online NNNConsult han sido imprescindibles para el desarrollo de este trabajo.

La personalidad condiciona la forma de vivenciar el dolor. El afrontamiento activo, permite controlar el dolor y disminuir las consecuencias psicológicas. Por el contrario, el afrontamiento pasivo y los mecanismos de defensa se asocian a una peor adaptación.

El desarrollo de actitudes como la empatía, la aceptación incondicional o la autenticidad están relacionadas con resultados positivos en los pacientes. Se debe abandonar el tratamiento farmacológico exclusivo sustituyéndolo o combinándolo con terapias cognitivo-conductuales y con métodos físicos.

En el plan de cuidados, las actividades de enfermería propuestas van a estar dirigidas a un mejor manejo del dolor y de las respuestas psicológicas adversas. La implicación familiar y una correcta educación sanitaria son necesarias para la mejora en el afrontamiento de los problemas desencadenados.

Las múltiples opciones terapéuticas y su accesibilidad para toda la población son algunos de los aspectos positivos que se contraponen a los problemas económicos y al uso exclusivo de tratamientos farmacológicos.

Nuestra presencia y paciencia son, y serán siempre, el mejor analgésico.

Palabras clave: dolor crónico, perspectiva multidisciplinar, variables psicológicas, manejo del dolor.

ABSTRACT

Chronic pain is still a challenge for health sciences and for the nursing profession due to the psychological impact in the individual, as well as, the high prevalence and cost to our society.

To understand pain from a multidisciplinary perspective and get a better control of pain and psychological variables, insomnia and anxiety, are the objectives set.

The bibliographic research in many books, scientific journals, websites and the use of the on-line tool, NNNconsult has been essential to develop this project.

Personality determines the way the pain is felt. Active coping allows controlling the pain and decrease psychological consequences. On the other hand, passive coping and defence mechanisms are linked to a worse adaptation.

The development of attitudes like empathy, unconditional acceptance or authenticity is related with positive results in patients. Exclusive pharmacological treatment should replace or be used in combination with cognitive-behavioural therapies and physical methods.

In the plan of care, nursing activities are going to be targeted to a better pain management and adverse psychological responses. Family involvement and a proper health education are necessary to improve the coping with problems triggered.

The many therapeutic options and their accessibility for the whole population are some of the positive aspects who faces financial problems and exclusive use of pharmacological treatments.

Our presence and patience are and will always be the best analgesic.

Key words: chronic pain, multidisciplinary perspective, psychological variables, pain management

| ÍNDICE | PÁG |
|---|-----------|
| 1.- INTRODUCCIÓN..... | 2 |
| 2.- OBJETIVOS..... | 4 |
| 3.- METODOLOGÍA | 5 |
| 4.- DESARROLLO DEL TEMA..... | 6 |
| 4.1.- ¿Qué es el dolor? Tipos de dolor, valoración y evolución..... | 6 |
| 4.2.- Métodos de afrontamiento del dolor y sus consecuencias..... | 7 |
| 4.3.- Abordaje del dolor: el trabajo de enfermería..... | 9 |
| 5.- PLAN DE CUIDADOS | 14 |
| 6.- CONCLUSIONES..... | 17 |
| 7.- BIBLIOGRAFÍA..... | 19 |
| 8.- ANEXOS | 22 |

1.- INTRODUCCIÓN

“La medicina despersonaliza al dolor involuntariamente e implícitamente cuando lo envuelve en los diagnósticos y en la tecnología”.

C. Fernández

Ha sido necesario un largo período de tiempo para cambiar los ideales sobre el origen del dolor. Actualmente, se destaca la importante influencia de los aspectos psicológicos, que consecuentemente, han modificado los tipos de tratamiento y los métodos de afrontamiento por parte de los pacientes y del personal sanitario.

El dolor ha sido, y es, un importante impulsor para el desarrollo de las ciencias de la salud. Es un reto para el cuidado de enfermería debido al impacto que genera en la vida social de los pacientes y en la economía de los sistemas de salud.

Una de las definiciones más aceptada de dolor que plasma la relación psicología-dolor es la propuesta en 1979 por la IASP (*International Association for the Study of Pain*): *“El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con el daño tisular actual o potencial, o descrito en términos de dicho daño”* ⁽¹⁾

Durante la Prehistoria, se creía que el dolor estaba localizado en el cuerpo. Fue en el siglo VI a.C. cuando Galeno describió el Sistema Nervioso relacionando dolor y cerebro. El tratamiento estaba basado principalmente en métodos no farmacológicos hasta la aparición de universidades en el Renacimiento.

La descripción de Harvey sobre la circulación sanguínea aplicable a la administración de fármacos por vía intravenosa y el descubrimiento de la morfina en el siglo XIX fueron dos grandes revoluciones en el tratamiento del dolor. ⁽²⁾

Según la duración, el dolor se clasifica en agudo y crónico. El dolor crónico tiene una duración igual o superior a seis meses. ⁽³⁾

Actualmente en España, casi un 20% de la población padece dolor crónico, siendo el de espalda, el más habitual. Esta cifra aumenta a un 84% en la población anciana. El sobrepeso y los malos hábitos en el estilo de vida, como el sedentarismo, son algunos de los motivos del aumento de la prevalencia. ⁽⁴⁾

El dolor crónico es considerado una enfermedad propia. Produce más gasto sanitario que las enfermedades cardiovasculares o el cáncer, siendo la causa más común de absentismo laboral y la causa principal de las consultas de atención primaria. Los efectos directos e indirectos producen un gasto de hasta un 3% del PIB. Cada vez se requieren más unidades especializadas para tratar el dolor, sin embargo, actualmente no existen suficientes unidades censadas en España, aproximadamente 188, una cifra lejana de la ideal. ^{(4) (5)}

Las actividades básicas de la vida diaria se ven delimitadas de forma parcial o total en estos pacientes. Los dolores crónicos, se asocian a numerosas consecuencias psicológicas. Un 35,1% de los pacientes que lo sufren tienen trastornos de ansiedad, mientras que un 7,3% presentan ansiedad generalizada. Otra consecuencia habitual es el insomnio, entre el 50 y el 90% de la población que padece dolor crónico lo sufre. A lo largo de este trabajo se estudiarán ambas consecuencias proponiendo una serie de intervenciones para su mejor manejo. ^{(3) (6)}

En muchas ocasiones, a pesar de los conocimientos teóricos adquiridos, el personal de enfermería se pregunta: ¿qué puedo hacer para disminuir el dolor de un paciente? al mismo tiempo que el paciente se pregunta: ¿por qué sigo teniendo dolores?

El dolor debe analizarse desde tres esferas: la conductual, la fisiológica y la cognitiva. La teoría de la Compuerta de Melzack y Wall explica tanto la fisiología del dolor como la influencia de los aspectos psicológicos. ⁽⁷⁾

La valoración del dolor se realiza mediante escalas de forma continuada; teniendo en cuenta, los datos objetivos y subjetivos. También deben evaluarse las consecuencias, como la disminución de la calidad de vida.

Ante un mismo dolor, los pacientes reaccionan de diferentes formas. La vivencia del dolor es una sensación individual y subjetiva que depende de la tolerancia y de la reacción a dicho dolor. El afrontamiento activo o adaptativo es la mejor opción de reacción. No se debe olvidar la importancia del apoyo social; incluyendo en este a familiares, amigos y al personal sanitario.

El personal de enfermería debe desarrollar una serie de habilidades terapéuticas como la empatía, la aceptación incondicional o la autenticidad para impedir repercusiones negativas en su vida diaria. Deben conocer tanto los tratamientos

farmacológicos como los no farmacológicos, ya que son de igual o mayor importancia. Está demostrado que, en el dolor crónico, el tratamiento multimodal es el más eficaz.

El papel de enfermería tiene una especial importancia en el manejo del dolor ya que somos el personal que más contacto tiene con el paciente, sin embargo, no siempre es fácil abordarlo buscando otras soluciones que no sea el tratamiento farmacológico. Somos los encargados de informar al paciente, orientarle en la toma de decisiones y educarle realizando un seguimiento progresivo de su situación.

Por todo lo descrito anteriormente, se considera, que la importancia del manejo del dolor radica en la observación permanente del paciente, puesto que las fluctuaciones que se producen, tanto en la intensidad como en la frecuencia del mismo, deberían ser evaluadas desde un punto de vista holístico, papel que se desarrolla principalmente gracias al proceso enfermero.

Se describirán los aspectos primordiales del dolor, realizando la valoración del mismo, su evolución y cuales son las intervenciones de enfermería que se desarrollarán a partir de un plan de cuidados.

La idea de abordar un trabajo de estas características apareció durante mi período de prácticas en 2015 en la Unidad de Psiquiatría del Hospital Universitario Río Hortega. Siempre he tenido un gran interés por la Psicología y la Psiquiatría, desde antes de iniciar el Grado en Enfermería.

2.- OBJETIVOS

Objetivo general

Comprender el dolor desde una perspectiva multidisciplinar profundizando en los aspectos psicológicos y conseguir un mejor manejo de estos desde el punto de vista de enfermería y del paciente.

Objetivos específicos

- Realizar un plan de cuidados dirigido a pacientes que presentan ansiedad e insomnio como consecuencia del dolor crónico.
- Describir las actividades de enfermería dirigidas a mejorar el dolor y las variables psicológicas expuestas.

3.- METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre el origen del dolor, su evolución y valoración. También se ha investigado acerca de las repercusiones psicológicas del dolor crónico y los métodos de afrontamiento desde el punto de vista del paciente y de enfermería. Para ello se ha recurrido a libros, revistas científicas y páginas web.

Algunos de los buscadores utilizados han sido la Biblioteca Virtual de la Salud, la Biblioteca Virtual de Castilla y León o el Buscador de Libros de Google.

Se han revisado documentos elaborados por organismos reconocidos mundialmente como, la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la *International Association for the Study of Pain* (IASP).

Otros recursos utilizados han sido: SciELO, PubMed, Dialnet y Google Académico.

La búsqueda se ha realizado principalmente en castellano e inglés, atendiendo a palabras clave como: dolor crónico, aspectos psicológicos, mecanismos de afrontamiento, habilidades terapéuticas, terapias, chronic pain o pain management.

Se ha desarrollado un plan de cuidados que abarca las dos variables psicológicas del dolor crónico propuestas (ansiedad e insomnio) utilizando la herramienta online, NNNConsult. Esta herramienta permite una consulta rápida de las etiquetas diagnósticas de la Nanda International (NANDA), de los resultados de la Nursing Outcomes Classification (NOC), de las intervenciones de la Nursing Interventions Classification (NIC) y de las relaciones entre ellas.

En un principio, se ha limitado la búsqueda a publicaciones posteriores al año 2011. Se ha sobrepasado el límite, en ciertas ocasiones, para ampliar información utilizando fuentes siempre posteriores al año 2005.

La búsqueda de información se ha realizado durante los últimos cuatro meses.

Para mayor cumplimentación del estudio, se han introducido anexos con información complementaria, tablas y figuras.

4.- DESARROLLO DEL TEMA

4.1.- ¿Qué es el dolor? Tipos de dolor, valoración y evolución.

La Real Academia Española define dolor como: “*Sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior*” o “*Sentimiento de pena y congoja*”.⁽⁸⁾ Con estas dos definiciones engloba tanto la variable física como la variable psicológica.

La clasificación del dolor puede realizarse desde diferentes perspectivas. Siempre hay que tener en cuenta la intervención de las vivencias propias del paciente que dan lugar a un dolor personalizado.

El dolor se cataloga según su localización, cualidad, afecto o duración. Según la duración, se diferencian el dolor agudo y el dolor crónico. El dolor agudo es intenso y breve; atrae la atención del sujeto creando temor y ansiedad. Es en este momento cuando el sujeto comienza a buscar soluciones, farmacológicas o no farmacológicas. Si el dolor no cede, la ansiedad aumentará disminuyendo la autoestima del paciente y provocando sentimientos de impotencia. El dolor comenzaría a ser crónico. No existe el momento exacto en el que se considere que un dolor deja de ser agudo para ser crónico, sin embargo, un dolor de seis o más meses de duración es considerado un dolor crónico. En ocasiones, tanto el dolor agudo como el crónico, no tienen una causa física que lo explique. Por ese motivo, a la hora de evaluarlo y tratarlo es importante diferenciar entre dolor orgánico, cuando existe un problema orgánico al que se le atribuyen los síntomas, y dolor psicógeno, cuando no es posible detectar ninguna alteración física que justifique el dolor. Se ha relacionado la depresión enmascarada con el dolor crónico, un ejemplo de dolor psicógeno.^{(1) (3) (9)}

Antes de tratar el dolor, se identifica la tipología y etiología. Para ello, se puede utilizar una regla nemotécnica conocida universalmente como PQRST. [\(ANEXO I\)](#)⁽¹⁰⁾

Se deben tener en cuenta ciertos aspectos generales de la vida del paciente como las enfermedades preexistentes, las alergias, el consumo de sustancias tóxicas, el nivel educacional y laboral, su estado civil y familiar y su origen étnico y religioso antes de proceder a la evaluación del dolor.

Las herramientas utilizadas en la actualidad para la valoración del dolor pueden ser unidimensionales, simples y rápidas. Están indicadas en pacientes con capacidades cognitivas limitadas, por ejemplo, la Escala Visual Análoga (EVA), la Escala Numérica o la Escala de Descripción Verbal. [\(ANEXO II\)](#) ⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾

Las escalas multidimensionales, engloban al dolor desde un punto de vista multidisciplinar, como el cuestionario de dolor de McGill. [\(ANEXO III\)](#) Lo más importante es que se adapten a las capacidades de los pacientes. ⁽¹⁰⁾⁽¹²⁾

La disminución de la calidad de vida es una de las principales consecuencias del dolor crónico. Existen diversos métodos para medir la calidad de vida, entre ellos, la escala GENCAT o el cuestionario de salud SF-36. [\(ANEXO IV\)](#) ⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾

Se deben valorar las dos variables psicológicas estudiadas.

Respecto al insomnio, se diagnostica teniendo en cuenta la presencia de enfermedades o dolencias, los cambios horarios o el consumo de sustancias. Para su valoración, se puede utilizar tanto la entrevista clínica como escalas, entre ellas, el Índice de Gravedad del Insomnio, el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh o la Escala de Somnolencia de Epworth. [\(ANEXO V\)](#) ⁽¹⁶⁾

La ansiedad se puede valorar mediante la escala de Zung. [\(ANEXO VI\)](#) ⁽¹⁷⁾

El incremento de la percepción del dolor en pacientes que sufren un dolor crónico viene marcado por la ansiedad. Además, existe una relación directa entre la ansiedad y el insomnio. Una de las causas del insomnio es la ansiedad. ⁽¹⁸⁾

4.2.- Métodos de afrontamiento del dolor y sus consecuencias

Padecer un dolor conlleva a la necesidad de enfrentarse a él. Los pacientes valoran el dolor como una amenaza. El dolor puede afrontarse de diferentes maneras según El Cuestionario de Estrategia de Afrontamiento del Dolor (CAD). [\(ANEXO VII\)](#) ⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾

La personalidad condiciona la forma de vivenciar el dolor y el resultado terapéutico. No es un precursor del dolor, pero sí que delimita el sufrimiento y la cronificación. Además, determina el tipo de estrategias de afrontamiento a seguir, las cuales repercutirán sobre el nivel de adaptación a la enfermedad.

En el afrontamiento activo o adaptativo, el individuo realiza por sí mismo actividades para controlar su dolor. Algunas de las estrategias utilizadas se basan en la búsqueda de información y en la resolución del problema. La racionalización, la reinterpretación o la inoculación del estrés son algunos ejemplos. Otras estrategias utilizadas son de distracción y diversión de la atención, como las técnicas de relajación o la sociabilización. Todas estas actividades se asocian a un menor riesgo de depresión y a un mejor manejo y afrontamiento del dolor.

Por el contrario, en el afrontamiento no adaptativo, se utilizan numerosas estrategias pasivas. El dolor del paciente está controlado por otras personas. En las estrategias evitativas, el sujeto intenta evadirse de las situaciones que generan dolor y de otras actividades. Los pensamientos extremadamente negativos llevarían a la catastrofización. Todas estas actividades suponen un aumento del dolor y del estrés. Se asocian a una peor capacidad de adaptación y a una mayor depresión.

Los mecanismos de defensa son procesos mentales inconscientes que permiten evitar el problema pero no resolverlo. Están directamente relacionados con el afrontamiento pasivo. Algunos de estos mecanismos utilizados son la negación o la regresión.^{(20) (21)}

La eficacia del afrontamiento activo fue demostrada por Melzack y Wall cuando desarrollaron en 1965 la Teoría de la Compuerta, también conocida como *Gate Control*, que originó un cambio en el tratamiento del dolor. Los factores que aumentan el dolor son los que “abren la puerta”. Pueden ser físicos, emocionales negativos o cognitivos. Los factores, que por el contrario, disminuyen el dolor “cierran la puerta” son los tratamientos biomédicos, el descanso, la actitud positiva y la sensación de control.⁽²²⁾
(23)

La problemática que presentan los pacientes que padecen dolor crónico no es sólo el mal manejo de dicho dolor, sino la forma de enfrentarse a las consecuencias directas que se desencadenan, como el estrés, la ansiedad o el insomnio. Su impacto sobre el individuo depende de la auto-valoración que se haga sobre dicha experiencia, de los conocimientos propios y la forma de aplicarlos.

Los pacientes que no pierden la esperanza y mantienen una actividad física y mental estable son capaces de conseguir con mayor facilidad un buen manejo del dolor. (24)

4.3.- Abordaje del dolor: el trabajo de enfermería

De acuerdo con Watson, el cuidado humano es la esencia de enfermería. (25)

Como personal de enfermería hay que ir más allá de la percepción del dolor como algo físico; hay que abordarlo desde un punto de vista holístico. Para realizar un completo abordaje del dolor se debe tener en cuenta el tipo de dolor y sus características, así como, los aspectos psicológicos, sociales y culturales del paciente.

Los profesionales de enfermería llevan muchos años mejorando sus conocimientos respecto al tratamiento del dolor crónico a través de protocolos y procedimientos. El objetivo en el siglo XXI es conseguir el mayor beneficio para el paciente en las mejores condiciones profesionales y a un coste adecuado. (26)

El personal sanitario debe mostrar un interés sincero por las personas y su bienestar, entendiendo los diferentes estilos de vida, las diferentes culturas y como esto puede influir en el manejo del dolor. Conocer los recursos, las limitaciones, tener confianza en uno mismo y la persistencia son características personales que todo buen terapeuta debe tener.

Aliviar el dolor ha sido un reto a lo largo de la historia que continúa actualmente, tanto desde el punto de vista científico como desde el punto de vista social, familiar e institucional.

La individualización y la humanización del dolor ha sido uno de los avances más relevantes en cuanto al cuidado de los pacientes con dolor. (25)

Según Rogers; la empatía, la aceptación incondicional y la autenticidad son tres actitudes fundamentales. Se ha demostrado que existe una relación directa entre la presencia de dichas actitudes en los profesionales y resultados positivos en los pacientes. (27)

- **La empatía** se define como: *“la capacidad de comprender a las personas desde su propio marco de referencia y saber comunicar a la persona esa comprensión”*. (27)

Se trata de comprender los sentimientos, las percepciones y las acciones del paciente. Se fomenta la alianza terapéutica. ⁽²⁸⁾

La escucha activa, el uso del silencio, la síntesis, la clarificación o la reformulación son herramientas útiles en la comunicación. Mediante la escucha activa se pretende recibir los mensajes verbales y no verbales discriminando la información importante y emitiendo respuestas de escucha. Las preguntas abiertas son más fáciles de contestar y proporcionan más información mientras que las cerradas ayudan a clarificar la información ahorrando tiempo. Esta destreza es especialmente importante para tratar a pacientes con actitudes pasivas.

Hay que diferenciar la empatía de la simpatía. La empatía tiene dos componentes, el intelectual y el emocional. Nunca hay que compartir las emociones con el paciente para evitar la pérdida de objetividad.

- **La aceptación incondicional** consiste en aceptar al paciente sin emitir juicios de valor. El paciente debe percibir que es aceptado, para ello, hay que demostrar interés hacia él realizando un esfuerzo para comprenderle. A su vez, el paciente debe reflexionar sobre las causas y las consecuencias personales y sociales de su dolor.
- **La autenticidad** se basa en la sinceridad y en la diplomacia, en saber qué hacer o qué decir en el momento adecuado.

El humor, la cordialidad, la competencia o la confianza están directamente relacionados con un mejor manejo del dolor. Sin embargo, el sexo, la edad y la etnia no están relacionados con un aumento de resultados positivos. ⁽²⁷⁾

Presentar síntomas de malestar o el Síndrome de Burnout en los profesionales son algunas de las causas de la falta de empatía y de otras actitudes fundamentales. ⁽²⁸⁾

Un estudio realizado recientemente en Quebec muestra que la limitación del tiempo en la atención a los pacientes, la falta de conocimientos sobre la gestión del dolor crónico y su compleja evaluación son algunos de los aspectos que influyen en un manejo inadecuado por parte del personal de enfermería. Estos aspectos se pueden observar diariamente en los hospitales de España. ⁽²⁹⁾

El dolor puede tratarse mediante tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.

Los objetivos del tratamiento farmacológico son disminuir la intensidad del dolor y aumentar la calidad de vida del paciente. El equipo médico es el responsable de pautar la analgesia mientras que el equipo de enfermería es el encargado de su correcta administración. La vía oral es la de elección para la administración de analgésicos en el paciente crónico. ^{(30) (31)}

La escalera analgésica de la OMS ha sido aplicada universalmente. Permite un alivio del dolor entre el 45% y el 100%. [\(ANEXO VIII\)](#) ^{(30) (32)}

Los tratamientos no farmacológicos deberían ser la primera elección para el tratamiento del dolor crónico. Sin embargo, por regla general, se utilizan para complementar a los tratamientos farmacológicos y aumentar la eficacia de estos. ^{(33) (34)}

Se distinguen dos tipos de métodos/terapias no farmacológicas:

Las terapias cognitivo-conductuales tienen como objetivo reorientar a los pacientes en sus pensamientos acerca del dolor y desarrollar métodos alternativos para enfrentarse a él. Consiste en utilizar y enseñar técnicas y estrategias que permitan a la persona un mejor manejo del dolor y de las emociones, sin olvidar, la importancia de un estilo de vida saludable. ^{(35) (36)}

El dolor crónico no solo afecta a la persona sino a todo su entorno. Por este motivo, es recomendable añadir intervenciones psicosociales y psicoeducativas a este tipo de terapias. Permiten aliviar el dolor, aumentando el bienestar físico y psíquico. Ayudan al paciente a recuperar su autonomía; y a su entorno, a comprender mejor la situación.

Cuando los problemas psicológicos están presentes en el dolor crónico, este es mucho más grave y más difícil de tratar.

Entre las técnicas utilizadas en las terapias cognitivo-conductuales se encuentran:

- Técnicas de respiración y relajación: los ejercicios de respiración suelen realizarse de forma previa a las técnicas de relajación. La relajación tiene como objetivo disminuir la tensión mediante ejercicios corporales y cognitivos. ⁽³¹⁾

- Hipnosis: es un estado de elevada concentración y relajación, semejante al sueño. Se abandonan los procesos de la atención lo que permite al hipnotizador influir en los pensamientos del paciente disminuyendo su ansiedad. ^{(35) (37)}
- Psicoterapia: es un tratamiento de colaboración basado en el diálogo y la confianza con el psicólogo o psiquiatra. El objetivo es un cambio en sus pensamientos, emociones y comportamientos. La psicoterapia familiar ayuda al entorno de los pacientes a abordar la situación, mientras que la psicoterapia de grupo ayuda al paciente a comprender su situación y a buscar soluciones escuchando otros casos. El apoyo social permite a los pacientes la descarga emocional, que disminuye la intensidad del dolor. Sin embargo, la búsqueda de apoyo social puede ser un factor de riesgo. ^{(31) (35) (38)}
- La meditación o el yoga también ayudan en el control y manejo del dolor.

Los métodos físicos están basados en la estimulación de la piel. Entre ellos se encuentran:

- Aplicación de calor o frío: el calor relaja la musculatura por la vasodilatación y el frío tiene capacidad anestésica. Generalmente, el calor se aplica varias veces al día en períodos cortos de tiempo, mientras que la aplicación de frío es más duradera, dependiendo de la situación, presentación y material empleados. ⁽³⁷⁾
- Estimulación eléctrica transcutánea (TENS): se controla la frecuencia e intensidad según el programa seleccionado en el dispositivo. Contiene unos electrodos que se sitúan en el área dolorida y emiten señales eléctricas leves y seguras para controlar el dolor. ^{(37) (39)}
- Acupuntura: es un método científico proveniente de la medicina China basado en la estimulación de zonas concretas del cuerpo mediante agujas finas y metálicas para conseguir el equilibrio. Por regla general, es indoloro. Se ha probado su eficacia en dolores crónicos, como por ejemplo, el lumbago.
- Otros métodos físicos que se utilizan son: la hidroterapia, la fisioterapia o los cambios posturales. ⁽³⁷⁾

Otras terapias no farmacológicas utilizadas en la actualidad son:

- Reflexología: consiste en la aplicación de presión, generalmente en zonas concretas de los pies que están relacionadas con las diferentes partes del cuerpo, órganos y sistemas. Sirve para aliviar el estrés. La duración puede variar en función de la situación, desde diez hasta treinta minutos. ⁽³⁷⁾
- Aromaterapia: mediante el uso de aceites, fragancias o hierbas se favorece la relajación aliviando la tensión y calmando el dolor.
- Risoterapia: ayuda a eliminar la tensión, la ira y el temor.
- Musicoterapia: induce la relajación y la distracción del foco del dolor por lo que disminuye la ansiedad y el estrés. Mejora el estado de ánimo y ayuda al cuerpo a segregar endorfinas. ^{(39) (40)}

En el uso de cualquier tipo de terapia es imprescindible evaluar el nivel de dolor antes y después para ver si se está utilizando la terapia adecuada y si existe mejora. ⁽⁴⁰⁾ El dolor suele asociarse a daño, sin embargo, de uno a otro, existe una variable psicológica y una percepción del dolor variable. Por este motivo, en el tratamiento del dolor crónico es importante un abordaje holístico y la intervención de diferentes profesionales, así como, familiares y amigos. Esto permite que los tratamientos, tanto farmacológicos como no farmacológicos generen un mejor resultado.

Algunos de los métodos y técnicas explicados anteriormente son competencia directa de enfermería, pero no todos. Sin embargo, al ser el personal que más relación tiene con el paciente es importante que se conozcan todas las posibilidades existentes para poder aconsejar la más indicada.

Relacionado con todo lo descrito anteriormente, a continuación, se va a exponer un plan de cuidados dirigido a pacientes con dolor crónico que presentan ansiedad e insomnio.

5.- PLAN DE CUIDADOS ⁽⁴¹⁾

| NANDA | NOC | NIC |
|--|--|--|
| <p>Dolor crónico [00133] m/p alteración en la habilidad para continuar con las actividades previas.</p> | <p><u>Control del dolor</u> (1605) <i>Indicadores:</i> - Reconoce factores causales. (160501) - Utiliza los recursos disponibles. (160508)</p> <p><u>Dolor: respuesta psicológica adversa</u> (1306) <i>Indicadores</i> - Angustia por el dolor. (130605)</p> | <p><i>Manejo de la medicación</i> (2380) - Determinar cuáles son los fármacos necesarios y administrarlos según el protocolo. - Comprobar la capacidad del paciente para automedicarse. - Observar los efectos terapéuticos y los efectos adversos.</p> <p><i>Manejo del dolor</i> (1400) - Realizar una valoración exhaustiva del dolor. - Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida. - Utilizar un enfoque multidisciplinario para el manejo del dolor. - Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas. - Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas según corresponda.</p> <p><i>Control del estado de ánimo</i> (5330) - Comprobar la capacidad de autocuidado.</p> |

| | | |
|---|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Preocupación sobre la carga para los demás. (130607) | <ul style="list-style-type: none"> - Determinar si el paciente supone un riesgo para la seguridad de sí mismo y de los demás. - Enseñar nuevas técnicas de afrontamiento y de resolución de problemas. - Proporcionar orientación acerca de los sistemas de apoyo. |
| <p>Ansiedad [00146] r/c cambios en el estado de salud m/p inquietud, preocupación y sufrimiento.</p> | <p><u>Afrontamiento de problemas (1302)</u> <i>Indicadores</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Verbaliza la necesidad de asistencia. (130214) - Refiere aumento de bienestar psicológico. (130218) <p><u>Autocontrol de la ansiedad (1402)</u> <i>Indicadores</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Planea estrategias de superación efectivas. (140206) - Controla la respuesta de ansiedad. (140217) <p><u>Satisfacción del paciente/usuario: cuidado psicológico (3009)</u> <i>Indicadores</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Apoyo emocional proporcionado. (300907) - Apoyo para adaptarse a los cambios funcionales. (300916) | <p><i>Mejora el afrontamiento (5230)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades. - Alentar la verbalización de sentimientos, percepciones y medios. - Ayudar al paciente a evaluar los recursos disponibles. - Valorar las necesidades/deseos del paciente de apoyo social. <p><i>Disminución de la ansiedad (5820)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar información objetiva. - Crear un ambiente que facilite la confianza. - Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación. <p><i>Mejora el afrontamiento (5230)</i> <i>Contacto (5460)</i> <i>Escucha activa (4920)</i> <i>Enseñanza: proceso de enfermedad (5602)</i></p> |

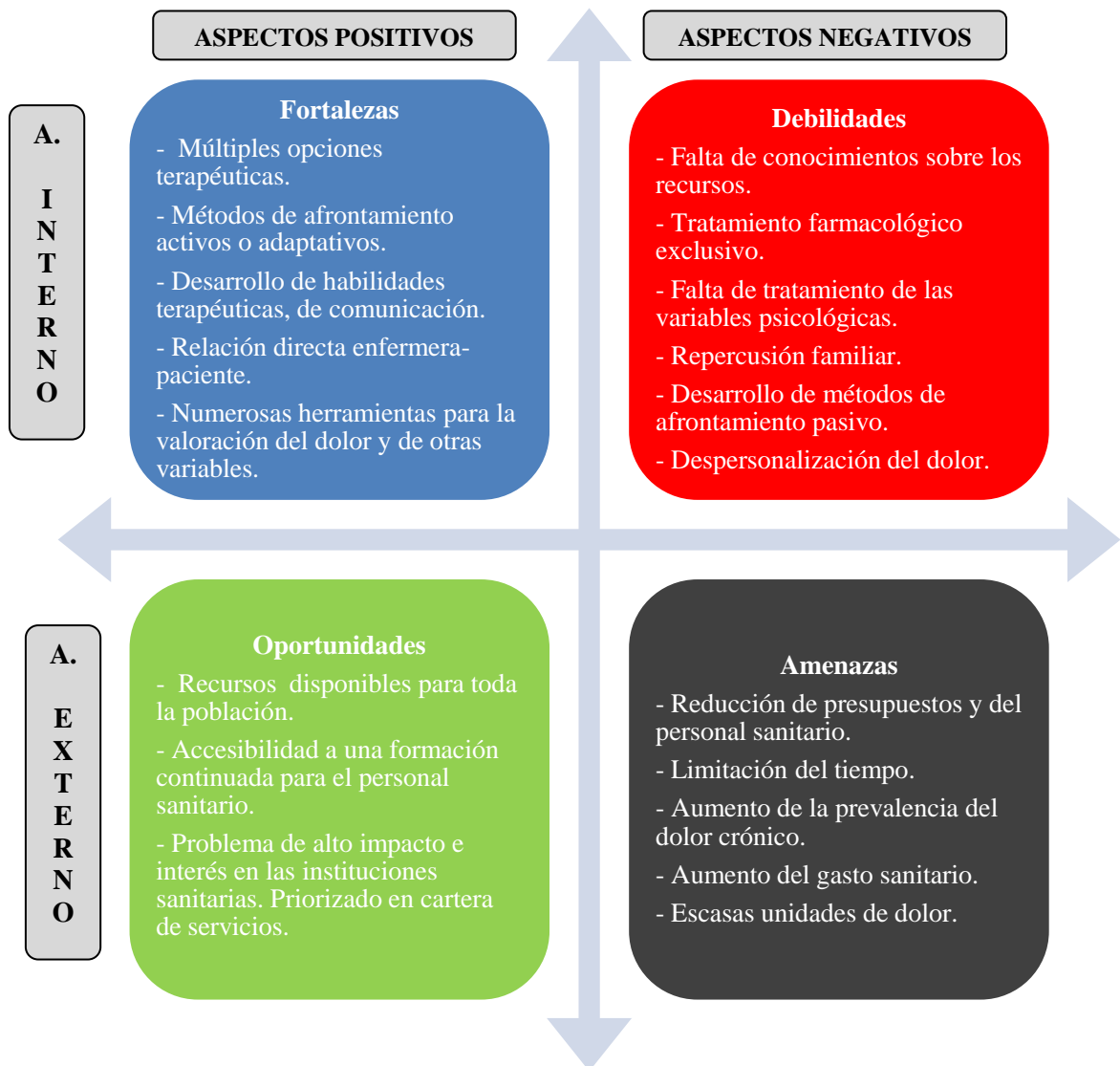
| | | |
|---|---|---|
| <p>Insomnio [00095] r/c dolor crónico m/p disminución de la calidad de vida y estado de salud comprometido.</p> | <p><u>Sueño (0004)</u> <i>Indicadores</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Horas de sueño. (000401) - Calidad del sueño. (000404) - Dolor. (000425) | <p><i>Mejora el sueño (1850)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Comprobar el patrón de sueño y observar las circunstancias físicas y/o psicológicas que interrumpen el sueño. - Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama. - Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama. |
| <p>Conocimientos deficientes [00126] r/c información insuficiente m/p conducta inapropiada</p> | <p><u>Conocimiento: manejo del dolor (1843)</u> <i>Indicadores</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Uso correcto de la medicación prescrita. (184305) - Beneficios de las modificaciones en el estilo de vida para reducir el dolor. (184335) | <p><i>Enseñanza: medicamentos prescritos (5616)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisar el conocimiento que el paciente tiene de cada medicación. - Informar acerca del propósito y acción de cada medicamento. - Informar tanto del nombre genérico como del comercial. <p><i>Orientación en el sistema sanitario (7400)</i></p> <p><i>Aplicación de calor o frío (1380)</i></p> <p><i>Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (tens) (1540)</i> dependiendo de factor etiológico.</p> <p><i>Grupo de apoyo (5430)</i></p> <p><i>Terapia de relajación (6040)</i></p> |
| <p>Interrupción de los procesos familiares [00060] r/c cambio en el estado de salud de un miembro de la familia m/p alteración en la participación en la resolución de problemas</p> | <p><u>Funcionamiento de la familia (2602)</u> <i>Indicadores</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Se adapta a crisis inesperadas. (260209) - Los miembros se apoyan entre sí. (260222) | <p><i>Estimulación de la integridad familiar (7100)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Establecer una relación de confianza con los miembros de la familia. - Determinar los sentimientos de la familia respecto a su situación. |

| | | |
|--|---|--|
| | <p><u>Afrontamiento de los problemas de la familia (2600)</u></p> <p><i>Indicadores</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Implica a los miembros de la familia en la toma de decisiones. (260006) - Establece la flexibilidad en los roles. (260020) | <ul style="list-style-type: none"> - Identificar los mecanismos de afrontamiento típicos de la familia. - Facilitar una comunicación abierta entre los miembros de la familia. <p><i>Fomentar la implicación familiar (7110)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar el nivel de dependencia respecto de la familia que tiene el paciente. - Animar a los miembros de la familiar y al paciente a desarrollar un plan de cuidados, incluidos los resultados esperados. - Proporcionar el apoyo necesario para que la familia tome decisiones informadas. <p><i>Terapia familiar (7150)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar áreas de insatisfacción y/o conflicto. - Ayudar a los miembros de la familiar a clarificar qué necesitan y esperan unos de otros. |
|--|---|--|

6.- CONCLUSIONES

A pesar de la evolución a lo largo del tiempo, actualmente, continúa siendo difícil para el personal sanitario abordar de forma multidisciplinar uno de los problemas más presentes en nuestra sociedad, el dolor crónico.

El siguiente análisis DAFO muestra los factores internos y externos que influyen en el dolor crónico y su manejo, así como, los aspectos positivos y negativos.



Las fortalezas deben ser utilizadas, al igual que las oportunidades deben ser aprovechadas. Por otro lado, las debilidades deben eliminarse y las amenazas disminuirse.

Un plan de cuidados dirigido a pacientes con dolor crónico debe englobar las variables psicológicas presentes, así como, la implicación familiar y el grado de conocimiento de la situación y los recursos.

El dolor crónico no afecta en exclusividad al paciente, sino a sus familiares, al personal sanitario y a toda la población, bien sea, de forma directa o indirecta. Por este motivo, el buen manejo radica en la visión múltiple que comienza en cada paciente, en cada enfermero o en cada familiar.

...Y es que sin duda, el mejor analgésico es nuestra presencia y paciencia.

7.- BIBLIOGRAFÍA

1. Goya P, Martín MI. El dolor. Madrid: Catarata; 2010.
2. Pérez-Cajaraville J, Abejón D, Ortiz JR, Pérez JR. El dolor y su tratamiento a través de la historia. Revista de la Sociedad Española del Dolor. 2005 ago-sep; XII(6).
3. Redondo MM, León L. El Dolor. Madrid: Grupo 5; 2014.
4. Baena N. La condena de vivir con dolor. El Mundo. 2016 Enero 11.
5. Monje N. El dolor en España. Unidad del dolor saturada. [En línea].2016 [revisado 13 abril 2016]. Disponible en: <http://tomasalud.com/archivos/8120>
6. Velázquez I, Muñoz M, Sánchez M, Zenner A, Velázquez L. Trastornos del sueño e incidencia de ansiedad y depresión en pacientes con dolor crónico no maligno tratados con opioides potentes. Revista de la Sociedad Española del Dolor. 2012 mar-abr; XIX(2).
7. Martínez B. Dolor crónico: qué es, causas y factores psicológicos. [En línea].; 2015 [revisado 12 marzo 2016]. Disponible en: <http://www.lifeder.com/dolor-cronico/>
8. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. [En línea].; 2016 [revisado 19 febrero 2016]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=E5oQXDN>
9. Redacción Onmeda. Dolor: evolución. [En línea].; 2012 [revisado 13 marzo 2016]. Disponible en : <http://www.onmeda.es/enfermedades/dolor-evolucion-1659-10.html>
10. Kopf A, Patel NB. Guía para el manejo del Dolor. Asociación Internacional para el Estudio del Dolor. [En línea].; 2010 [revisado 12 abril 2016]. Disponible en: http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement_Spanish.pdf
11. Tovar R. Escalas unidimensionales del dolor. [En línea].; 2016 [revisado 16 abril 2016]. Disponible en: <http://fisioterapiasinred.com/escalas-unidimensionales-de-dolor/>
12. Federación Latinoamericana de Asociaciones para el Estudio del Dolor. Cuestionario Mc Gill. [En línea].; 2016 [revisado 16 abril 2016]. Disponible en: <http://www.fedelat.com/info/5-9-cuestionario-mc-gill.html>
13. Verdugo MÁ, Arias B, Gómez LE, Shalock RL. Formulario de la Escala GENCAT de Calidad de Vida. Generalitat de Catalunya. [En línea].; 2008 [revisado 22 abril 2016]. Disponible en: http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO20924/escala_cas_ok2.pdf
14. Verdugo MÁ, Arias B, Gómez LE, Schalock RL. Escala GENCAT: manual de aplicación de la Escala GENCAT de Calidad de vida. Generalitat de Catalunya. [En línea].; 2009 [revisado 22 abril 2016]. Disponible en: <http://inico.usal.es/documentos/EscalaGencatManualCAST.pdf>
15. Siques P, Brito J, López R. Calidad de vida en la población aimara de Chile. Revista Clínica Española. 2011 abril; CCXI(4): p. 214-222.
16. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. [En línea].; 2009 [revisado 24 abril 2016]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_465_Insomnio_Lain_Entr_compl.pdf

17. Colegio Chihuahuense de Médicos Familiares. Test Escala de Zung (Depresión y ansiedad). [En línea].; 2014 [revisado 24 abril 2016]. Disponible en: <http://cchmf.com/index.php/escalas-y-test-en-medicina-familiar/45-test-escala-de-zung-depresion-y-ansiedad>
18. García M, García IM, Cerón MT, Fuentes JM, Moya-Faz FJ. Relación entre dolor lumbar y ansiedad y su implicación terapéutica. Revista Fisioterapia (Guadalupe). 2011 septiembre; IX(2).
19. Barragán JA, Almanza-Rodríguez G. Valoración de estrategias de afrontamiento, a nivel ambulatorio, del dolor crónico en personas con cáncer. [En línea].; 2013 [revisado 25 abril 2016]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4955980>
20. García M. Resgos de personalidad, estrategias de afrontamiento e impacto en la calidad de vida en mujeres con fibromialgia. Universidad Pontificia de Comillas. [En línea].; 2015 [revisado 25 abril 2016]. Disponible en: <https://repositorio.comillas.edu/jspui/bitstream/11531/1087/1/TFM000132.pdf>
21. Servicio de Salud de Castilla y León (SACYL). Enfermero/a.: Radio; 2016.
22. Almendro MT, Clariana SM, Hernández S, Rodríguez C, Camarero B, del Río T. Programa de atención psicológica al dolor crónico: El reto de un afrontamiento activo. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2011 abr-jun; XXXI(2).
23. Acevedo JC. Ronald Melzack and Patrick Wall. La teoría de la compuerta. Más allá del concepto científico dos universos científicos dedicados al entendimiento del dolor. Revista de la Sociedad Española del Dolor. 2013 jul-ago; XX(4).
24. Sociedad Española del Dolor. Pacientes. Consejos y recomendaciones. [En línea].; 2013 [revisado 1 mayo 2016 mayo]. Disponible en: <http://portal.sedolor.es/pagina/index.php?id=108>
25. Montealegre DC. Retos para enfermería en el cuidado de personas con dolor: una forma de humanización. Revista Cuidarte. 2014 abril 2; V(1): p. 679-88.
26. Goberna MJ, Mayo M, Lojo V. Gestión y actuación enfermera en la unidad de dolor crónico. Revista de la Sociedad Española del Dolor. 2014 ene-feb; XXI(1).
27. Bados A, Gracia E. Habilidades terapéuticas. Universitat de Barcelona. Facultat de Psicologia. [En línea].; 2011 [revisado 2 mayo 2016 mayo]. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18382/1/Habilidades%20terap%C3%A9uticas.pdf>
28. Salgado ME. Manejo de la empatía en la interconsulta. Perspectivas en Psicología. 2015; XII(1): p. 44-51.
29. Bergeron DA, Bourgault P, Gallagher F. Knowledge and Beliefs about Chronic Non Cancer Pain Management for Family Medicine Group Nurses. Pain Management Nursing. 2015 diciembre: p. 951-958.
30. Boletín Terapéutico Andaluz. Dolor crónico no oncológico: tratamiento farmacológico. [En línea].; 2015 [revisado 2 mayo 2016]. Disponible en: http://www.cadime.es/docs/bta/CADIME_BTA_2015_30-04.pdf

31. Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. Valoración y manejo del dolor en pacientes hospitalizados. [En línea].; 2013 [revisado 2 mayo 2016 mayo]. Disponible en: <http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/c9e0ccd83a8755e519aa596e01285796.pdf>
32. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. [En línea].; 2008 [revisado 3 mayo 2016]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_428_Paliativos_Osteba_resum.pdf
33. NPS MedicineWise. Non-pharmacological management of chronic pain. [En línea].; 2015 [revisado 6 mayo 2016]. Disponible en : <http://www.nps.org.au/conditions/nervous-system-problems/pain/for-individuals/pain-conditions/chronic-pain/for-health-professionals/management-plan/non-pharmacological-management>
34. Chang KL, Fillingim R , Hurley RW, Schmidt S. Chronic pain management: nonpharmacological therapies for chronic pain. [En línea].; 2015 [revisado 7 mayo 2016]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25970869>
35. King SA, MD , MS. Chronic pain management: nonpharmacologic therapies. [En línea].; 2013 [revisado 9 mayo 2016]. Disponible en: <http://www.consultant360.com/article/chronic-pain-management-nonpharmacologic-therapies>
36. Delgado I. Técnicas para lidiar con el dolor crónico. El diario NY. 2015 agosto 25.
37. Demir Y. Non-Pharmacological Therapies in Pain Management. [En línea].; 2012 [revisado 10 mayo 2016]. Disponible en: <http://cdn.intechopen.com/pdfs-wm/26152.pdf>
38. American Psychological Association. Entendiendo la psicoterapia. [En línea].; 2016 [revisado 10 mayo 2016]. Disponible en: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/entendiendo-la-psicoterapia.aspx>
39. Truven Health Analytics. Terapias No Farmacológicas Para El Manejo Del Dolor En Adultos. [En línea].; 2015 [revisado 10 mayo 2016]. Disponible en: http://www.drugs.com/cg_esp/terapias-no-farmacol%C3%B3gicas-para-el-manejo-del-dolor-en-adultos.html
40. Ramírez S, Jurado N, Sánchez , Marco MR. Terapias alternativas en el manejo del dolor. [En línea].; 2012 [revisado 10 mayo 2016]. Disponible en: <http://www.enfermeriadeciudadreal.com/terapias-alternativas-en-el-manejo-del-dolor-73.htm>
41. Elsevier. NNNConsult. [En línea].; 2016 [revisado 11 mayo 2016]. Disponible en: <http://0-www.nnnconsult.com.almena.uva.es/>

8.- ANEXOS

ANEXO I – Regla nemotécnica PQRST ⁽¹⁰⁾

Es una regla utilizada para la evaluación del dolor. A cada letra se le atribuye un significado:

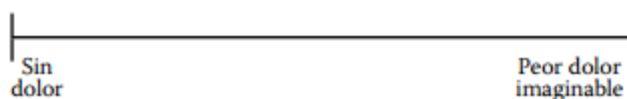
- **P:** provoca y palia. Las causas del dolor y las alternativas para paliarlo.
- **Q:** Calidad. Cómo es el dolor, su forma de inicio y su descripción.
- **R:** Región e irradiación. La localización del dolor.
- **S:** Severidad, intensidad del dolor.
- **T:** Tiempo. Fecha de aparición el dolor, su duración y en qué momentos del día está más pronunciado.

También es importante evaluar el impacto que provoca dicho dolor en las actividades diarias del paciente, en su vida social, en sus propios pensamientos y en su personalidad, así como, el tratamiento previo, su resultado y evolución.

ANEXO II – Escalas unidimensionales del dolor ^{(10) (11)}

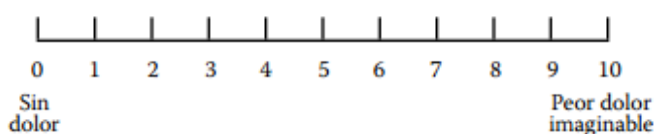
Existen diferentes tipos de escalas unidimensionales, entre ellas se encuentran:

- **Escala Visual Análoga (EVA):** es una de las escalas más utilizadas debido a su sencillez y rapidez. Los pacientes marcan su nivel de dolor en la siguiente línea:

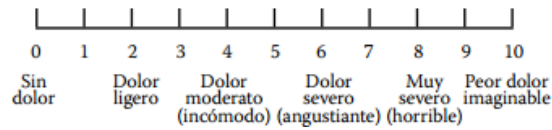


Habitualmente se utilizan números para que sea más fácil transcribir los resultados.

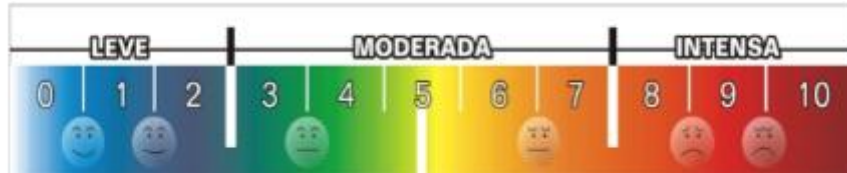
- **Escala Numérica:** los pacientes miden el dolor mediante una escala numérica. El 0 indica la ausencia del dolor, va aumentando progresivamente hasta el 10 que indica el peor dolor imaginable.



- **Escala de Descripción Verbal:** los pacientes cuantifican el dolor siguiendo seis descriptores:



La combinación de diferentes escalas permite una mejor comprensión.



ANEXO III – Cuestionario de dolor de McGill ⁽¹²⁾

El cuestionario de dolor de McGill evalúa el dolor basándose en cuatro subescalas: sensitiva, afectiva, evaluativa y otros aspectos diversos.

| | | | | |
|----------------|--------------------|-------------|--------------|-----------|
| 1 TITILANTE | 11 AGOTADOR | BREVE | RÍTMICO | CONTINUO |
| TREPIDANTE | EXTENUANTE | MOMENTÁNEO | PERIÓDICO | SOSTENIDO |
| PULSÁTIL | 12 ENFERMANTE | TRANSITORIO | INTERMITENTE | CONSTANTE |
| SORDO | 13 AMENAZADOR | | | |
| BATIENTE | ALARMANTE | | | |
| TRITURANTE | ATERRADOR | | | |
| 2 SALTÓN | 14 PUNITIVO | | | |
| CENTELLEANTE | FATIGANTE | | | |
| FULGURANTE | CRUEL | | | |
| 3 PRURÍTICO | MALIGNO | | | |
| TEREBRANTE | ASESINO | | | |
| TALADRANTE | 15 FUNESTO | | | |
| PUNZANTE | CEGANTE | | | |
| LANCINANTE | 16 FASTIDIOSO | | | |
| 4 AGUDO | PENOSO | | | |
| CORTANTE | ATROZ | | | |
| LACERANTE | INTENSO | | | |
| 5 PELLIZCANTE | INSOPORTABLE | | | |
| OPRESIVO | 17 QUE SE EXTIENDE | | | |
| MORDICANTE | REFERIDO | | | |
| RETORTIJÓN | PENETRANTE | | | |
| TRITURANTE | PERFORANTE | | | |
| 6 DE TRACCIÓN | 18 APRETADO | | | |
| TIRANTE | ADORMECIENTE | | | |
| DE TORCEDURA | DE ESTIRAMIENTO | | | |
| 7 CALIENTE | COM O QUE EXP | | | |
| QUEMANTE | DESGARRADOR | | | |
| HIRVIENTE | 19 FRÍO | | | |
| ARDIENTE | HELANTE | | | |
| 8 HORMIGUEANTE | CONGELANTE | | | |
| PICANTE | 20 MOLESTO | | | |
| PENETRANTE | NAUSEOSO | | | |
| PINCHAZO O PIC | AGÓNICO | | | |
| 9 SORDO | ATEMORIZANTE | | | |
| INFLAMATORIO | TORTURANTE | | | |
| MOLESTO | | | | |
| REDOLOR | | | | |
| AGOBIANTE | | | | |
| 10 EXQUISITO | PPI | | | |
| TIRANTE | 0 NO HAY DOLOR | | | |
| IRRITANTE | 1 LEVE | | | |
| HENDIENTE O | 2 MOLESTO | | | |
| TAJANTE | 3 PERTURBADOR | | | |
| | 4 HORRIBLE | | | |
| | 5 AGÓNICO | | | |

E = EXTERNO
I = INTERNO

COMENTARIOS:

Se requiere más tiempo, personal entrenado y un nivel cognitivo más elevado en los pacientes.

ANEXO IV – Escala GENCAT y cuestionario de salud SF-36 ^{(13) (14) (15)}

La **escala GENCAT** evalúa el bienestar emocional, material y físico. Las relaciones interpersonales, la inclusión social y el desarrollo personal. También evalúa los derechos y la autodeterminación

Para realizar la evaluación, en primer lugar se suma la puntuación de cada dimensión. Se utilizan tablas de baremos clasificadas según los diferentes grupos de población. A mayor percentil, mayor calidad de vida.

El **cuestionario de salud SF-36** cubre ocho dimensiones: salud general, salud mental, vitalidad, dolor corporal, función física y social y rol físico y emocional. Está compuesto por 36 preguntas que valoran los estados positivos y negativos de la salud. Cada dimensión se puntúa de 0 a 100, a mayor puntuación mejor estado de salud.

ANEXO V – Escalas de valoración del insomnio ⁽¹⁶⁾

- **Índice de Gravedad del Insomnio:** mediante 7 ítems evalúa la gravedad del insomnio y la satisfacción del sueño.
- **Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh:** consta de 19 ítems que analizan los factores determinantes de la calidad del sueño de tal forma que nos orienta sobre los componentes del sueño más deteriorados.
- **Escala de Somnolencia de Epworth:** a través de 9 ítems nos informa del estado diario de la somnolencia del paciente.

ANEXO VI – Escala de ansiedad de Zung ⁽¹⁷⁾

Evalúa 20 ítems tanto afectivos como somáticos. Zung es también conocido por su escala de depresión.

| | | Nunca o casi nunca | A veces | Con bastante frecuencia | Siempre o casi siempre | Puntos |
|-----------------|--|--------------------|---------|-------------------------|------------------------|--------|
| 1 | Me siento más nervioso(a) y ansioso(a) que de costumbre. | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 2 | Me siento con temor sin razón. | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 3 | Despierto con facilidad o siento pánico. | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 4 | Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos. | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 5 | Siento que todo está bien y que nada malo puede suceder | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 6 | Me tiemblan las manos y las piernas. | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 7 | Me mortifican los dolores de la cabeza, cuello o cintura. | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 8 | Me siento débil y me canso fácilmente. | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 9 | Me siento tranquilo(a) y puedo permanecer en calma fácilmente. | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 10 | Puedo sentir que me late muy rápido el corazón. | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 11 | Sufro de mareos. | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 12 | Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar. | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 13 | Puedo inspirar y expirar fácilmente | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 14 | Se me adormecen o me hincan los dedos de las manos y pies. | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 15 | Sufro de molestias estomacales o indigestión. | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 16 | Orino con mucha frecuencia. | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 17 | Generalmente mis manos están sacas y calientes. | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 18 | Siento bochornos. | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 19 | Me quedo dormido con facilidad y descanso durante la noche | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 20 | Tengo pesadillas. | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| TOTAL DE PUNTOS | | | | | | |

A mayor puntuación mayor grado de ansiedad, considerándose hasta 50 dentro de los límites de la normalidad.

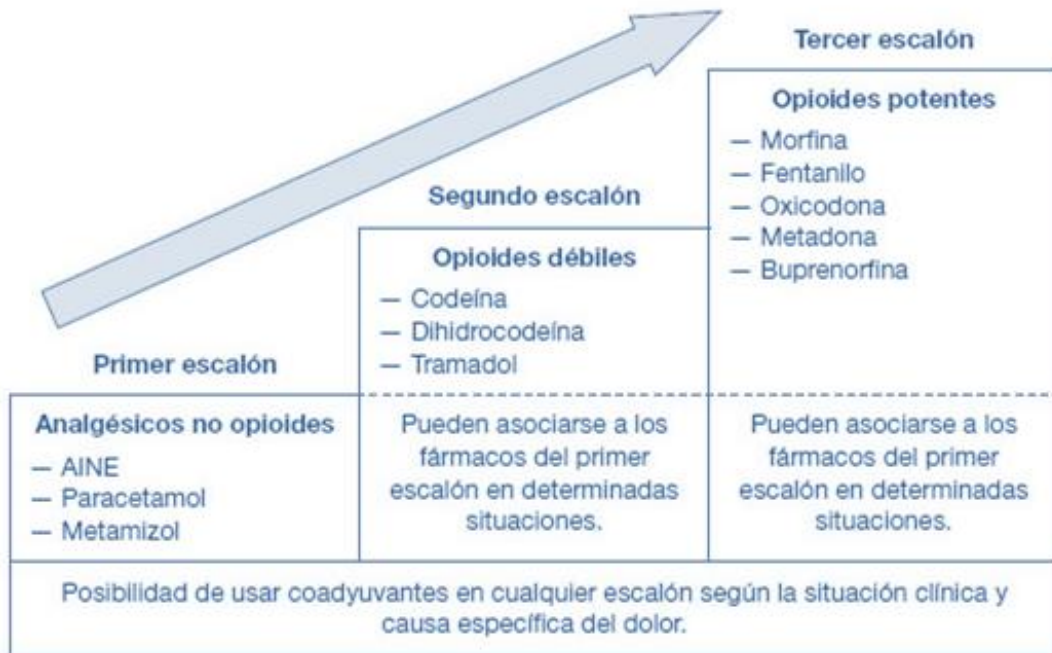
ANEXO VII – Cuestionario de Estrategia de Afrontamiento al Dolor (CAD) ⁽²⁰⁾

El cuestionario de estrategia de afrontamiento al dolor fue adaptado a la lengua castellana reduciéndose a 24 ítems que engloban seis factores:

- **Religión:** necesidad de rezar para conseguir la estabilidad.
- **Catarsis:** búsqueda de apoyo emocional.
- **Distracción:** evadirse del foco del dolor.
- **Autoafirmación:** capacidad de no rendirse, de auto-animarse.
- **Autocontrol mental:** esfuerzos para controlar el dolor.
- **Búsqueda de información:** para controlar y disminuir el dolor.

El objetivo es seguir estrategias adaptativas para conseguir un afrontamiento activo y un mejor control de los aspectos psicológicos.

ANEXO VIII - Escalera analgésica de la OMS modificada ⁽³²⁾



Antes de “saltar al siguiente escalón” se debe reflexionar sobre el cambio a otro analgésico del “mismo escalón”.