

DOLOR. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

DEFINICIÓN:

Definir el dolor y hacerlo de tal manera que resulte una definición de aceptación “unánime”, está claro que resulta un proceso complejo y, se podría decir, se trata de “un imposible.

Sólo quien lo sufre sabe lo que siente y no existe medio humano ni científico por el que se pueda transmitir a otros todos los detalles, matices y sensaciones que acompañan a la experiencia del dolor.

El dolor es conocido por el hombre desde la antigüedad y ha constituido siempre uno de los retos más difíciles para los profesionales implicados en la salud. La experiencia del dolor empieza desde la infancia cuando el organismo es atacado o se lesiona. Aprendemos a utilizar la palabra dolor para expresarlo. Pero el aprendizaje también lleva a utilizar la misma palabra ante experiencias que no tienen una causa externa, atribuyendo su origen a una causa interna del organismo.

La Internacional Association for the Study of Pain, (IASP) elaboró la definición que más ampliamente se ha adoptado para definir el dolor:

“Experiencia sensorial o emocional desagradable asociada a un daño tisular real o potencial.

De una manera más práctica y clínica se podría definir como **“una experiencia sensitiva desagradable acompañada de una respuesta afectiva, motora, vegetativa e, incluso, de la personalidad”.**

CLASIFICACIÓN:

En el estudio del dolor es habitual utilizar diferentes clasificaciones de los tipos de dolor, clasificaciones que tienen un gran valor clínico, tanto de cara al enfoque diagnóstico como al terapéutico.

SEGÚN SU PERFIL TEMPORAL de aparición, se clasifica en **DOLOR AGUDO Y DOLOR CRÓNICO.**

El DOLOR AGUDO es una experiencia, normalmente, de inicio repentino, duración breve en el tiempo y con remisión paralela a la causa que lo produce. Existe una relación estrecha temporal y causal con la lesión tisular o la estimulación nociceptiva provocada por una enfermedad. De manera menos frecuente, puede asociarse etiológicamente con un proceso neuropático, por ejemplo la neuralgia del trigémino. Su duración se extiende desde pocos minutos a varias semanas

Al dolor agudo se le ha atribuido una función “protectora”, su presencia actúa evitando que el individuo desarrolle conductas que puedan incrementar la lesión o le lleva a adoptar aquellas que minimizan o reducen su impacto. La respuesta emocional fundamental es la ansiedad, con menor participación de otros componentes psicológicos. Sus características ofrecen una ayuda importante para establecer el diagnóstico etiológico y seleccionar el tratamiento más adecuado. Su presencia sigue un esquema clásico de tratamiento como Dolor-Síntoma.

CAUSAS MÁS FRECUENTES DE DOLOR AGUDO	
DOLOR VISCERAL	Gastrointestinal Biliar Urológico Cardiovascular Pulmonar Sistema nervioso

	Páncreas Ginecológico Otros
DOLOR MUSCULO-ESQUELÉTICO	Artropatías Dolor en pared torácica Fracturas Costocondritis Tendinitis
DOLOR ORAL	
DOLOR POR QUEMADURAS	
DOLOR POSTOPERATORIO	

Tabla1. Causas de Dolor Agudo

El DOLOR CRÓNICO, se extiende más allá de la lesión tisular o la afectación orgánica con la que, inicialmente, existió relación. También puede estar relacionado con la persistencia y repetición de episodios de dolor agudo, con la progresión de la /s enfermedad/es, con la aparición de complicaciones de las mismas y con cambios degenerativos en estructuras óseas y músculo-esqueléticas. Ejemplos de lo dicho son el cáncer, fracturas patológicas secundarias, artrosis y artritis, neuralgia postherpética, etc.

El dolor crónico es percibido por quien lo sufre como “inútil”, pues no previene ni evita daño al organismo. Tanto su naturaleza como su intensidad presentan una gran variabilidad en el tiempo, en muchas ocasiones las quejas se perciben como desproporcionadas a la/s enfermedades subyacentes. Las repercusiones más frecuentes en la esfera psicológica implican ansiedad, ira, miedo, frustración o depresión que, a su vez, contribuyen a incrementar más la percepción dolorosa. Las repercusiones socio-familiares, laborales y económicas son múltiples y generan cambios importantes en la vida de las personas que lo padecen y sus familias: invalidez y dependencia. La necesidad de uso de fármacos con que aliviar el dolor, se convierte en un factor de riesgo potencial de uso, abuso y autoprescripción, no sólo de analgésicos, sino también tranquilizantes, antidepresivos y otros fármacos.

En su manejo, además de los aspectos físicos del dolor hay que tener en cuenta los otros componentes, emocional, afectivo, conductual y social. El esquema de tratamiento se complica, estamos ante el Dolor-Síndrome.

DIFERENCIAS	DOLOR AGUDO	COLOR CRÓNICO
1. Finalidad	Inicial-Biológica	Inicial-Destructiva
2. Duración	Temporal	Persistente
3. Mecanismo generador	Unifactorial	Multifactorial
4. Componente afectado	Orgánico +++ Psíquico +	Orgánico + Psíquico +++
5. Respuesta orgánica	Adrenérgica: aumento de FC, FR, TA, sudoración, dilatación pupilar	Vegetativa: anorexia, estreñimiento, menor libido, insomnio
6. Componente afectivo	Ansiedad	Depresión
7. Agotamiento físico	NO	SI
8. Objetivo terapéutico	Curación	Alivio y Adaptación

Tabla 2. Diferencias entre Dolor Agudo y Dolor Crónico

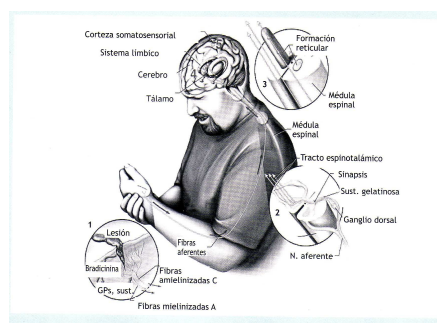
De acuerdo con su MECANISMO FISIOPATOLÓGICO, se habla de:

DOLOR NOCICEPTIVO: Resulta de la activación “fisiológica” de los receptores nociceptivos (nociceptores). Por tanto, no existe lesión asociada del sistema nervioso sino que éste, se comporta como transductor de los estímulos desde el receptor periférico al cerebro (áreas corticales y subcorticales), pasando por la médula espinal.

Figura 1

Los receptores nociceptivos están

ampliamente distribuidos tanto en la piel como en estructuras profundas (huesos, ligamentos, tendones, vasos, vísceras), y responden a estímulos



el

nocivos y/o potencialmente nocivos (mecánicos-pinchazo, presión-, térmicos-frío, calor- y químicos-sustancias tóxicas, inflamación-). Existen fundamentalmente dos tipos:

- **Tipo A δ** , axones mielínicos, de diámetro 1-5 μm , velocidad de conducción de 5 a 30 m/s, son los responsables de la respuesta inicial al estímulo doloroso, aguda, breve. Están distribuidos ampliamente en piel, músculos y articulaciones.
- **Tipo C**, amielínicas, de diámetro menor de 1,5 μm y velocidad de conducción menor de 3 m/s, responsables de una segunda percepción dolorosa, apagada, peor localizada, con sensación de dolorimiento residual más allá del fin del estímulo doloroso. Se distribuyen ampliamente en el organismo, incluyen las vísceras.

Una característica del dolor nociceptivo es la “localización de los síntomas” (locognosia). A nivel cutáneo tiene una precisión hasta menor a 1 cm para las fibras C y de milímetros para las A δ . Cuando se origina en nociceptores más profundos, la localización es más pobre.

Otra característica exclusiva del dolor nociceptivo proveniente de estructuras más profundas es el “dolor referido”. Este se percibido de manera segmentaria, es decir, el cerebro lo ubica en las áreas de inervación de músculos o piel que corresponden al nivel espinal de la víscera que origina los estímulos. Los síntomas aparecen al poco de iniciarse el dolor visceral y pueden durar horas, incluso tras el cese del dolor de origen. Las manifestaciones de dolor referido constituyen elementos de ayuda al diagnóstico clínico, por ejemplo, en el infarto agudo el dolor *referido* a brazo izquierdo.

El dolor nociceptivo se subdivide en:

- SOMÁTICO, proveniente de estructuras como piel, músculo, hueso articulaciones y partes blandas. Se trata de un dolor localizado, punzante o pulsátil.

- **VISCERAL:** Se origina en mucosas y serosas de los órganos, músculos lisos y vasos. Es sordo, profundo, difuso, descrito como presión o tracción. La afectación visceral, puede añadir un componente de dolor cólico típico.

Para el dolor nociceptivo los descriptores resultan fáciles de entender por cuanto la experiencia prolongada y compartida nos hace más comprensible la manifestación dolorosa, por ejemplo, “me duelen las muelas”, “tengo dolor de tripa”.

DIFERENCIAS	DOLOR SOMÁTICO	DOLOR VISCERAL
1. Nociceptores	Periféricos	Inespecíficos
2. Estructuras lesionadas	Piel, músculos, ligamentos. Huesos...	Vísceras (serosas, mesos)
3. Transmisión del dolor	Sistema nervioso periférico	Sistema nervioso autónomo
4. Estímulos generadores del dolor	Térmicos, barométricos, químicos, mecánicos	Isquemia e hipoxia, inflamación o distensión
5. Carácter del dolor	Superficial, localizado	Profundo, interno, mal localizado
6. Reacción vegetativa	Escaso	Intenso
7. Componente emocional	Escaso	Intenso
8. Clínica acompañante	No suele existir	Dolor referido, hiperestesia local, espasmos musculatura estriada
9. Respuesta analgésica	AINE: ++/+++ OPIOIDES: +/++	AINE: +/++ OPIOIDES: ++/+++

Tabla 3: Diferencias entre Dolor Somático y Visceral

DOLOR NEUROPÁTICO: Se origina como consecuencia de la afectación lesional o funcional del sistema nervioso, por tanto, supone la alteración del sistema nervioso tanto CENTRAL como PERIFÉRICO.

Su presencia se define por la aparición de dos tipos de fenómenos:

NEGATIVOS: fisiopatológicamente representan la interrupción de la conducción nerviosa. Esta interrupción puede ser debida a una interrupción física del axón, axonotmesis, o en el caso de las fibras miélicas, a una interrupción de la vaina de mielina que provoca un bloqueo de la conducción, con integridad física del axón, neurapraxia.

Según el sistema nervioso afectado los fenómenos negativos pueden ser:

Motor: parálisis, paresia.

Sensorial: hipoestesia, anestesia, hipoalgesia, analgesia, sordera, ceguera, anosmia, etc.

Autónomo: hipohidrosis, anhidrosis, vasodilatación, vasoplejia, déficit piloerección, etc.

POSITIVOS: Sus mecanismos fisiopatológicos son complejos y aún no están definitivamente esclarecidos. Se trata de sensaciones novedosas para el paciente, normalmente desagradables, de difícil descripción, interfieren en las actividades habituales del paciente y entrañan dificultades importantes para conseguir adaptarse a ellas.

En síntesis, para comprender el dolor neuropático, hay que conocer que los axones, en principio con una función exclusivamente conductora de impulsos, pueden tanto de manera espontánea como en respuesta a cambios bioquímicos, térmicos o mecánicos, convertirse en generadores de impulsos. Estos impulsos generados en los axones alterados, pueden ser transmitidos a lo largo de las vías centrales y llegar a las áreas cerebrales en las que se provocará la percepción final consciente de dolor.

En función del sistema nervioso afectado se generarán síntomas “positivos motores” como fasciculaciones, distonías, mioquimias, etc.; “sensoriales” como parestesias, disestesias, alodinia, hiperalgesia, fotopsias, acúfenos, etc.; “vegetativos/autónomo” como hiperhidrosis, vasoconstricción, piloerección, etc.

Una característica distintiva del dolor neuropático es la presencia de síntomas múltiples y complejos. Para cada paciente, existe más de un síntoma que, a su vez, puede ser consecuencia de diferentes mecanismos de producción. La identificación de cada síntoma y sus mecanismos fisiopatológicos permitirá la adopción de tratamientos diferentes.

Otra cuestión característica de este tipo de dolor es que no existe uniformidad descriptiva. No tiene el grado de cotidianidad y universalidad del dolor nociceptivo y, además, para cada persona suele suponer la ausencia de experiencia previa. El intento más habitual es aplicar analogías para describirlo:

“es como una barra de hielo que me recorre el brazo”, “son como si me mordieran por dentro”, “es como peso y luego como si me quemaran”.

La taxonomía de los diferentes síntomas de dolor neuropático tiene una gran importancia y por ello la IASP ha designado un comité encargado de unificar y precisar su definición.

Por último, los síntomas neuropáticos pueden aparecer de manera espontánea o bien resultar de mecanismos de provocación. A su vez, los síntomas espontáneos se pueden presentarse en un curso continuo o bien de manera paroxística.

Entre los síntomas espontáneos:

Dolor urente, sensación de quemazón.

Dolor lancinante, sensación de dolor agudo de gran intensidad, limitado a una zona o punto concreto.

Dolor profundo, sensación de opresión.

Entre los síntomas provocados:

Alodinia mecánica.

Alodinia térmica, al frío o al calor.

Hiperalgnesia mecánica.

Hiperalgnesia térmica, por frío o por calor.

Signo de Tinel, se trata de una respuesta mecánica aumentada del axón de un nervio que, al ser percutido en un punto, genera impulsos ectópicos que son percibidos como sensación disestésica en el área de inervación del nervio.

Mecanismo Fisiopatológico	Denominación	Clínica
Nociceptivo	<i>SOMÁTICO</i>	Sordo, continuo, bien localizado, similar a pinchazo o presión.
	<i>VISCERAL</i>	Mal localizado, morderura, calambre en viscera hueca, continuo y cortante si maciza.
Neuropático	<i>Sistema Nervioso Central ó Periférico</i>	Dolor por desafrenciación Mono y polineuropatías Síndrome de dolor regional complejo
No Somático	<i>Sin patología orgánica</i>	Evaluación minuciosa interdisciplinar. DESCONFIAR EN DOLOR NEOPLÁSICO

Tabla 4. Clasificación del dolor por su Mecanismo de producción. Denominación y Clínica.

Por último, de acuerdo con el **CURSO DE SU EVOLUCIÓN**, se habla de:

DOLOR CONTINUO, aún con ascensos y descensos de intensidad, persiste a lo largo del día.

DOLOR EPISÓDICO: existen periodos del día en el que no existe dolor. Se subdivide en:

- INCIDENTAL, aparece asociado a alguna actividad, tos, caminar, apoyo, defecación, etc.
- INTERMITENTE, de manera espontánea, sin un factor desencadenante conocido.
- FALLO FINAL DE DOSIS, aparece antes de tomar la dosis de un analgésico para el que está existiendo una respuesta adecuada.

Para completar la clasificación del dolor, vamos a incluir un tipo de dolor denominado DOLOR NO SOMÁTICO que incluiría a los pacientes con síndrome doloroso no susceptibles de adscripción al otro gran grupo teórico, “ETIOLOGÍA SOMÁTICA PRIMARIA”, grupo para el que sería aplicable la clasificación del dolor previamente recogida.

La referencia clásica a “dolor psicógeno”, aludiendo a su etiología psicológica, desde nuestro punto de vista, resulta excesivamente simplista y entraña un riesgo importante de infravalorar las quejas y errar en el diagnóstico de base.

La búsqueda etiológica precisa una intervención interdisciplinar médico-psicológica que permitirá identificar los diferentes subgrupos que se incluyen:

Trastorno somatomorfo

Trastorno del estado de ánimo

Simulación

Búsqueda de drogas

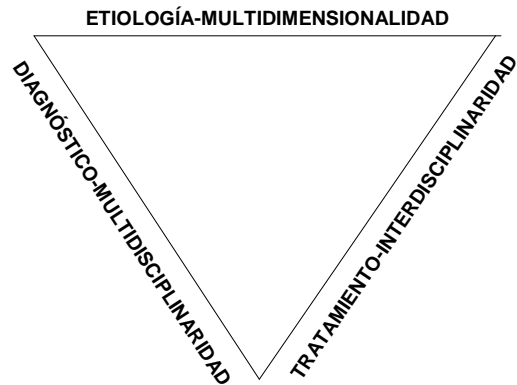
EVALUACIÓN INTERDISCIPLINAR DEL DOLOR

El estudio del dolor implica conocer la naturaleza multidimensional que lo integra. Por un lado es clara la implicación interdisciplinaria que representan los síntomas relacionados con las respuestas nociceptivas o la afectación del sistema nervioso. También la de los síntomas derivados de la afectación de estructuras somáticas y viscerales, de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento, incluidos fármacos. Por otro, no son menos importantes los factores psicológicos asociados, incluyendo depresión y alteraciones de conducta, ni los problemas y consecuencias en la esfera socio-económica que los síndromes dolorosos generan.

La revisión del historial clínico implica conocer todos los detalles relacionados con el paciente, desde los diagnósticos y tratamientos previos hasta los datos referidos a demandas legales o procedimientos relacionados con accidentes laborales o de otra naturaleza.

La historia debe incluir el examen físico, la evaluación funcional, psicológica y social, con las pruebas complementarias que sean precisas.

Evaluar y manejar el dolor, agudo y crónico, exige la puesta en marcha de equipos interdisciplinarios-tanto en el medio hospitalario como en el de atención primaria – que proporcionen las directrices y protocolos necesarios para el diagnóstico y tratamiento del dolor, para coordinar la intervención de los diferentes profesionales y niveles de intervención, para detectar necesidades y desarrollar estudios que identifiquen causas y estrategias en el manejo del dolor.



En definitiva, en nuestro medio y en nuestros tiempos, es una necesidad básica incrementar la educación en materia de **DOLOR** no sólo en la población general sino también- y con mayor urgencia si cabe- en los profesionales de la salud, en definitiva, como VECTORES de Educación Sanitaria, responsables últimos de preservar un derecho humano, EL DERECHO AL MÁS ALTO NIVEL DE SALUD

EVALUACIÓN DEL DOLOR:

A través de la historia clínica se recogerá toda aquella información que permita elaborar un buen diagnóstico del dolor.

Una valoración global del dolor debe incluir tres aspectos fundamentales:

- 1) **La subjetividad**, 2) **La multidimensionalidad**, y 3) **La variabilidad del dolor**.

El término *multidimensionalidad del dolor* hace referencia a la multiplicidad de factores que intervienen en la percepción individual del dolor. McGuire, en 1992, establece una serie de dimensiones y las características que son necesarias explorar en cada una de ellas:

*DIMENSIONES DEL CONCEPTO DE MULTIDIMENSIONALIDAD (McGUIRE,
1992)*

Area Fisiológica:

Describe las características de localización, inicio, y duración del dolor.

Area Sensitiva:

Describe las características de intensidad, calidad del dolor, y patrón de comportamiento.

Area Afectiva:

Describe las distintas variables relacionadas con el estado de ánimo que acompaña a la percepción del dolor, la ansiedad, y la alteración del humor.

Area Cognitiva:

Explica el significado que el paciente da al dolor, las experiencias previas o las posibilidades de adaptación.

Area Conductual:

Describe las posibilidades de actividad física, de comunicación o la necesidad de reposo o inactividad que condiciona la presencia del dolor.

Area Sociocultural:

Describe las actitudes con el entorno social, las posibilidades de afrontamiento y la posibilidad de recibir cuidados.

La evaluación del dolor a nivel clínico permite cumplir los siguientes objetivos:

- Establecer un diagnóstico y orientar un tratamiento
- Tomar decisiones respecto a qué pacientes pueden beneficiarse de una determinada orientación terapéutica
- Proporcionar información sobre los cambios producidos por el tratamiento, reflejándolos de forma fiable y sensible, y haciendo posible determinar la eficacia y eficiencia terapéuticas.

Para su consecución, la evaluación debe seguir unas pautas metodológicas básicas. En primer lugar, la evaluación y el tratamiento deben mantener una estrecha relación, tanto en contenidos como en procedimientos, es decir, se debe evaluar lo que se va a tratar y tratar lo que se ha evaluado. Por otro lado, las determinaciones para obtener información han de realizarse por lo menos en dos momentos: antes del tratamiento e inmediatamente después; además, siempre que no resulte excesivamente costoso o incómodo para el paciente y

el profesional, lo correcto es seguir evaluando durante todo el periodo de aplicación del tratamiento.

Respecto a los **contenidos de la evaluación**, los datos que se consideran más pertinentes son:

- Aspectos del comportamiento verbal relativos a las características espacio-temporales, de intensidad y cualidades del dolor.
- Aspectos del comportamiento verbal y no verbal considerados socialmente significativos o indicativos de dolor, es decir, conductas de dolor.
- Indicadores de incapacitación y de interferencia en el nivel de actividad habitual.
- Aspectos del comportamiento general no problemáticos, que ofrezcan información sobre los recursos adaptativos del paciente.

Respecto a los **procedimientos de evaluación**, se dispone de instrumentos muy diversos que pueden ser clasificados en función de diferentes criterios. Según el criterio de la inferencia que requiere la interpretación de los datos obtenidos con ellos se definen los siguientes tipos:

- *Medidas subjetivas*, obtenidas del propio paciente: Entrevista clínica, autoinformes, y autorregistros.
- *Medidas objetivas*, que comprenden: observación directa de la conducta del paciente y de su entorno en relación al dolor, respuestas fisiológicas y determinaciones bioquímicas.

Además de basar la evaluación del dolor en varios aspectos, es conveniente evaluar un mismo aspecto mediante procedimientos distintos. En este sentido, conviene recordar la norma básica de “poner los instrumentos al servicio de la información”, en lugar de supeditar la evaluación a la disponibilidad o facilidad de acceso a ciertos instrumentos. Hay que entender siempre la evaluación como el conjunto de procedimientos que ayuden al paciente a informar, ya que es el principal, y a veces el único, “banco de datos” respecto al dolor.

La reactividad o tendencia del comportamiento a modificarse por el hecho de ser observado, es un tema muy discutido y analizado en el estudio del dolor. Lo importante no es elegir instrumentos que no produzcan reactividad, sino determinar si son críticas las dimensiones del comportamiento que cambian por el hecho de la observación.

En un contexto clínico, la evaluación del dolor implica ciertas diferencias derivadas del carácter agudo o crónico del dolor. En el dolor agudo, el curso temporal y la relación con la lesión que lo produce, tiene un mensaje fisiológico de aviso y el paciente suele sentir ansiedad relacionada con el dolor, su valoración es más fácil debido a que no está influido por tantos factores. En el caso del dolor crónico, al estar influido por muy diversos factores, es un fenómeno más complejo de evaluar.

La evaluación debe considerar la naturaleza multidimensional del dolor crónico, que incluye: la información nociceptiva, los cambios en el sistema nervioso periférico, el dolor referido de las estructuras somáticas y viscerales, los procedimientos terapéuticos múltiples, el uso de medicación que puede causar efectos adversos, la incapacidad física y funcional, los factores psicológicos asociados (incluyendo la depresión y los cambios de conducta), y las consecuencias sociales, familiares y económicas secundarias (Ramamurthy, 2007).

En general, la evaluación del dolor requiere que los instrumentos utilizados impliquen el mínimo esfuerzo para el paciente y que pueda comprenderlos bien, tengan un amplio rango de puntuaciones y sensibilidad para el efecto analgésico, y demuestren fiabilidad y validez.

METODOS DE EVALUACION DEL DOLOR:

1. MEDIDAS SUBJETIVAS:

1.1. ENTREVISTA CLINICA:

Es el inicio de la historia clínica, imprescindible en cualquier actuación profesional sanitaria, adquiere una especial relevancia en el estudio del dolor. El objetivo de la historia clínica abarca:

- Confirmar que el dolor existe
- Evaluar las características de ese dolor
- Evaluar las respuestas fisiológicas y psicológicas del dolor
- Evaluar la percepción individual del dolor y lo que éste significa para el paciente
- Evaluar los mecanismos de adaptación que el paciente emplea para hacer frente a ese dolor.

La historia algológica se debe realizar sobre la base de un plan previo y preciso que tiene que obtener respuesta para los siguientes interrogantes:

Localización, Patrón temporal, Intensidad, Calidad, Factores/influencias, Efecto fármacos, Impacto en el estilo de vida, Significado e Historia Previa

Y a lo mencionado previamente, hay que añadir una cuestión fundamental y práctica. “El dolor” que presenta un paciente, ¿es solo un dolor o existe más de uno?. La experiencia clínica permite asegurar que, en la mayor parte de las ocasiones, los pacientes son portadores de diferentes síndromes dolorosos. Unos u otros, adquieren mayor o menor relevancia en función de la “importancia subjetiva” que el paciente les confiere, el dolor de rodilla, de años de evolución, poco importa ante el miedo a que, por ejemplo, el dolor en el abdomen signifique que el tumor está creciendo. En ocasiones es la repercusión funcional la que prioriza la queja y es la interferencia, por ejemplo, con el sueño, la que acentúa la importancia que el paciente otorga al síntoma doloroso. También la actitud del profesional puede inclinar la balanza y, ante la concentración de la atención del “experto” por un dolor concreto, el paciente se abstiene de mencionar otros-subjetivamente probablemente más notorios- con el fin de no distraer la atención de quien, se supone, tiene más conocimientos. En definitiva, una buena historia algológica debe poner de manifiesto todos los síndromes dolorosos que concurren en un paciente. Si existen, deberá establecer las relaciones causales, fisiológicas o funcionales que les unen y, para todos los síndromes identificados, deberá permitir conocer las características que definen el dolor mencionadas previamente.

1.2. AUTOINFORMES:

Son técnicas que permiten cuantificar con objetividad la impresión subjetiva del paciente, y pueden ser unidimensionales o multidimensionales.

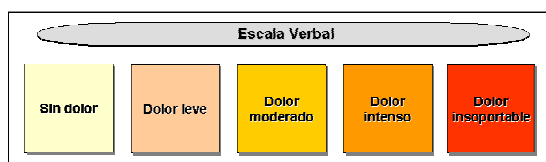
En estos procedimientos el paciente proporciona información sobre aspectos del dolor, de forma oral (entrevista) o por escrito (escalas y cuestionarios), y lo hace en un momento y en un contexto clínico distintos de cuándo y dónde se produjo aquello sobre lo cual informa.

En cuanto a los contenidos, no existen diferencias sustanciales entre los autoinformes y los autorregistros. La diferencia más significativa depende de aspectos derivados del procedimiento: En el autoinforme se proporciona información después de haberse producido los hechos descritos, mientras que el autorregistro proporciona datos que se recogen en el momento de ocurrir el fenómeno sobre el cual informa el sujeto. En el ámbito clínico, esta diferencia puede influir en la cantidad, calidad y precisión de la información recogida, debido a los mecanismos mnésicos y las variables situacionales (ambiente natural / contexto clínico).

Los instrumentos de autoinforme son muy adecuados para obtener información del paciente de forma rápida y global, y para conocer de modo directo la forma en la que el paciente interpreta su situación. A continuación se exponen algunas de las escalas más utilizadas en la práctica clínica:

A). ESCALAS DE VALORACION UNIDIMENSIONALES: son el instrumento adecuado para que el paciente realice una estimación de la intensidad del dolor.

- Escala Verbal o Descriptiva Simple: El paciente expresa la intensidad del dolor utilizando términos, habitualmente en número de cinco a siete, que indican una intensidad de dolor comprendida entre “sin dolor” y “dolor

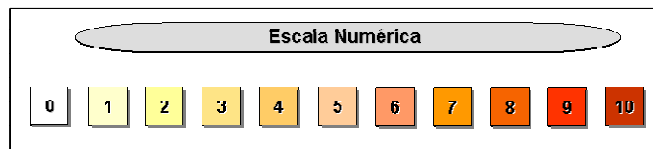


insoportable”. Este procedimiento fue planteado por Keele en 1948 y se hizo muy popular debido a su fácil aplicación, aunque la sugerencia hecha

por el propio autor de cada uno de los términos fuera acompañado de una definición que sirviera de ayuda no ha sido muy seguida. Esto constituye un problema, ya que el mismo término puede tener un significado diferente para

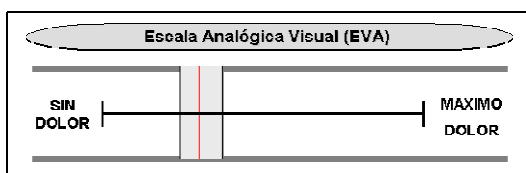
cada paciente. Los términos utilizados en esta escala pueden variar, pero deben ser diferenciados y comprensibles, y siempre debe existir una categoría referida a la ausencia de dolor. Es muy adecuada para una monitorización prolongada. En el contexto clínico, se han introducido una serie de modificaciones en las escalas descriptivas, para adaptarlas como instrumentos de valoración del alivio del dolor tras la administración de la terapia farmacológica y no farmacológica. La terminología utilizada para valorar el alivio del dolor es similar a la escala descriptiva (0= no alivio, 1= alivio ligero, 2= alivio moderado, 3= alivio completo).

-Escala Numérica: El paciente debe asignar al dolor un número entre 0 y n ($n=10$ ó 100). Es frecuente que se cualifiquen los valores extremos con términos que pueden ser muy variables (Ej.: “Sin dolor”; “Dolor insoportable”).



Respecto a la forma de respuesta, se puede pedir al paciente que diga el número en el intervalo que se le propone, o que señale el número en una escala numerada. La desventaja de este método es que la valoración se marca dentro de subdivisiones predefinidas.

-Escala Visual Analógica (EVA): El paciente estima la intensidad del dolor trazando una marca o señal en un segmento de 10 centímetros de longitud.



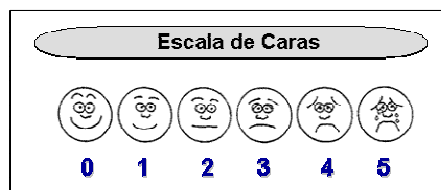
La escala es continua y no está subdividida. Es frecuente que los extremos del segmento estén cualificados con términos variables (Ej.: “Sin dolor” y “Máximo dolor”). Se puede registrar el punto indicado por el paciente como un número, que se encuentra anotado en el reverso de la escala (en cm. o en mm.).

La EVA es un procedimiento muy recomendable para su uso clínico por su elevado nivel de sensibilidad. Su ventaja más importante es que no contiene números ni palabras descriptivas. Al paciente no se le pide que describa su dolor con términos específicos, sino que nos indica, sobre una

línea continua, la intensidad de su sensación dolorosa en relación con los dos extremos de la misma. Su mayor limitación es que solo mide la magnitud del dolor, y no valora la naturaleza multidimensional del dolor.

-Escalas Gráficas: Son como una escala analógica visual, a lo largo de la cual se disponen números o términos descriptivos para facilitar la comprensión. Es importante que tanto los números como las palabras se distribuyan uniformemente de un extremo a otro del segmento.

- Escala de Caras de Wong-Baker. Se puede utilizar en niños a partir de tres años de edad. Muestra cinco caras diferentes: la primera que se ríe indica “sin dolor” y la quinta que llora indica “el peor dolor posible”, de forma que se corresponden con la Escala Verbal para adultos. En pacientes con discapacidades cognitivas se utiliza una escala similar, pero con dibujos de caras de adultos.



B). CUESTIONARIOS MULTIDIMENSIONALES:

- Cuestionario de Dolor de McGill (MPQ):

Elaborado por Melzack y Torgerson en la Universidad de McGill (Montreal) en 1971 y publicado por Melzack en 1975. El supuesto en que se basa y que llevó a su elaboración es el hecho de que los pacientes describen sus dolores de una forma muy característica, incluso, muchas de estas descripciones han llegado a adquirir valor patognomómico. El MPQ consta de una lista de 78 adjetivos distribuidos en 20 grupos, cada uno de los cuales incluye de 2 a 6 términos, dispuestos en orden de intensidad creciente, que califican la experiencia dolorosa.

El MPQ se basa en que la percepción del dolor es multidimensional y su objetivo es proporcionar una evaluación de las dimensiones del dolor:

- a. *Sensorial*, descripción del dolor en términos de cualidades temporales, espaciales, térmicas y de presión.

- b. *Afectivo-motivacional*, descripción del dolor en términos de tensión, temor y aspectos neurovegetativos.
- c. *Evaluativo*, descripción del dolor en términos de valoración global.

La teoría multidimensional del dolor de Melzack defiende que estos tres aspectos de la experiencia dolorosa se localizan en diferentes áreas del cerebro y el MPQ intenta valorar cuantitativamente estas tres dimensiones del dolor.

El MPQ se administra haciendo que el paciente elija los términos que mejor describen su dolor actual. Sólo puede indicar uno de cada grupo, pero puede omitir grupos enteros si considera que no son aplicables en su caso. Melzack recomienda que la prueba se administre de forma oral, mediante la lectura realizada por el profesional, tanto de las instrucciones como de los términos a elegir.

Cada uno de los términos descriptivos tiene asignado un número o rango que permite obtener una puntuación de acuerdo a las palabras escogidas, con lo que se obtiene el denominado **“Índice de Valoración del Dolor” (PRI)** (*“Pain Rating Index”*). Esta puntuación refleja el modo en que el paciente califica su propia experiencia dolorosa, permitiendo valorar la influencia que sobre ella ejercen los factores emocionales y sensoriales. Además, contiene un apartado en que el paciente refleja la intensidad del dolor que padece, el **“Índice de Intensidad del Dolor” (PPI)** (*“Present Pain Index”*), que es una combinación de las escalas verbal y numérica con intervalos regulares: 1. Ligero, 2. Molesto, 3. Angustioso, 4. Horrible, 5. Atroz. Además, el MPQ incluye unas siluetas para indicar la localización del dolor mediante un trazo o un sombreado, y términos que describen otras propiedades temporales (*“Continuo, intermitente, esporádico”*, etc.).

Desde su publicación, el MPQ se ha convertido en uno de los instrumentos de medida más utilizado y sensible en la valoración multidimensional del dolor. Ha sido adaptado y validado en población española. Tiene una amplia aceptación entre los profesionales de la algología, gracias a lo cual, numerosas investigaciones han podido proporcionar una amplia y valiosa información acerca de la validez y fiabilidad del cuestionario en una gran diversidad de

pacientes y de síndromes dolorosos tanto de tipo crónico como agudo. En el ANEXO N° 1 se incluye la versión original del cuestionario MPQ.

Sin embargo, también ha sido objeto de diversas críticas como, por ejemplo, que exige un periodo de tiempo bastante prolongado para completarlo (entre 10-20 min.). Para superar esta dificultad y facilitar la tarea del clínico, Melzack desarrolló una versión reducida del cuestionario (SF-MPQ) limitada a 15 adjetivos. También se ha criticado el que no existe una categoría para el “no dolor”, categoría que puede ser necesaria según el estado doloroso del grupo a examinar. Además, presenta un vocabulario difícil de entender ya que los adjetivos pueden ser interpretados de diferentes formas dependiendo de la edad, sexo, nivel cultural o posición social. El propio Melzack planteó que, para aplicar el cuestionario en distintos países, era necesario considerar las diferencias socioculturales y la falta de equivalencia semántica de los descriptores. En nuestro país, se han desarrollado diversas versiones y traducciones del MPQ para su validación en población española.

- Cuestionario de Dolor en Español (CDE):

El cuestionario de dolor español (CDE) no es simplemente una traducción del MPQ sino que se elaboró completamente de nuevo siguiendo la misma teoría y la misma metodología que el MPQ. El resultado final es, en su composición de descriptores y categorías, diferente al cuestionario original. (ANEXO N° 2)

El cuestionario completo comprende: (1) 62 descriptores distribuidos en 15 clases y, a su vez, en tres clases o dimensiones (sensorial, afectiva y evaluativa), (2) una escala visual analógica y (3) una representación de la figura humana en la que debe señalarse exactamente el lugar en que se localiza el dolor. Además, se complementa con la recogida de datos personales, la historia clínica en relación al dolor, el estado actual del dolor, las consecuencias del dolor en la vida diaria, el tratamiento actual y anterior (farmacológico o no), los hábitos de salud, y la situación socio-laboral y familiar.

El CDE es un cuestionario autoadministrado y está basado en el modelo metodológico seguido en la investigación inicial del MPQ pero puede ser clínicamente aplicable en los países de habla española ya que se investigó únicamente a partir de léxico original en nuestro idioma.

El cuestionario presenta varias dimensiones tal y como se presenta en la tabla siguiente:

VALOR DE INTENSIDAD SENSORIAL	DE	VALOR DE INTENSIDAD AFECTIVA	DE	VALOR DE INTENSIDAD EVALUATIVA
Temporal 1		Temor		Temporal 2
Como pulsaciones Como una sacudida Como un latigazo		Temible Espantoso Horrible		Momentáneo Intermitente Creciente Constante Persistente
Térmica		Autonómica Vegetativa	/	VALOR DE INTENSIDAD ACTUAL
Frío Caliente Ardiente		Que mareea Sofocante		Intensidad
Presión constrictiva		Castigo		Sin dolor Leve Molesto
Entumecimiento Como un pellizco Agarrotamiento Calambre Espasmo Retortijón Opresivo		Que atormenta Mortificante Violento		Intenso Fuerte Insoportable
Presión puntiforme incisiva	/	Tensión / Cansancio		
Pinchazo Punzante Penetrante Agudo		Extenuante Agotador Incapacitante		
Presión de tracción gravativa		Cólera / Disgusto		

Pesado	Incómodo
Tirante	Que irrita
Como un desgarro	Que consume
Tenso	
Espacial	Pena / Ansiedad
Superficial	Deprimente
Difuso	Agobiante
Que se irradia	Que angustia
Fijo	Que obsesiona
Interno	Desesperante
Profundo	
Viveza	
Adormecido	
Picor	
Hormigueo	
Como agujetas	
Escozor	
Como una corriente	

El cuestionario obtiene tres resultados: Valor de intensidad total, valor de intensidad actual y Escala visual analógica:

- El valor de ***intensidad total*** se obtiene de la suma de los valores de cada clase: valor de la intensidad de dolor sensorial, afectiva y evaluativa. El valor de cada clase se valora marcando los descriptores que se encuentran dentro de sus subclases, donde el paciente debe marcar uno o ningún descriptor. Si marca uno puntúa 1 y si no marca ninguno puntúa 0. El valor de intensidad sensorial se obtiene sumando y estará, por tanto, entre 0 y 7. El valor de intensidad afectiva oscila entre 0 y 6. El valor de intensidad evaluativa será 0 ó 1. De la suma de estas tres dimensiones se obtiene la puntuación del valor de intensidad total, que comprenderá un rango entre 0 y 14.
- El valor de ***intensidad actual*** se obtiene de una escala tipo Likert de 0 a 5.
- El valor de ***la Escala Visual Analógica*** se puntúa de 0 a 10.

RESULTADOS		
Valor de intensidad sensorial	0/7	
Valor de intensidad afectiva	0/6	
Valor de intensidad evaluativa	0/1	
Valor de intensidad total	0/14	
Valor de intensidad actual	0/5	
Escala Visual Analógica	0/10	

- Indice de Lattinen (IL):

Es un instrumento muy utilizado en las clínicas de dolor de nuestro país debido a su simple lenguaje y fácil comprensión para el paciente. Es catalogado de manera diversa como test, cuestionario o índice y no se conoce la fuente original de este instrumento.

Evalúa cinco dimensiones del dolor: intensidad subjetiva del dolor (grupo 1), frecuencia de presentación (grupo 2), consumo de analgésicos (grupo 3), discapacidad causada por el dolor (grupo 4), influencia del dolor sobre el reposo nocturno (grupo 5). La puntuación de cada dimensión se realiza en una escala de cuatro puntos, que va de la menor incidencia a la mayor gravedad o distorsión. La valoración se obtiene por la suma de la puntuación asignada a cada uno de los 5 grupos, pudiendo alcanzar un máximo de 20 puntos (ANEXO N° 3).

- Brief Pain Inventory (BPI):

Es un cuestionario autoadministrado que tiene especial utilidad en la evaluación de pacientes oncológicos. La prueba está constituida por dos dimensiones básicas:

- La intensidad del dolor: Está formada por cuatro ítems y permite determinar cuatro niveles de intensidad del dolor (máxima, mínima, media y actual).
- La interferencia del dolor en las actividades diarias del paciente: Está formada por siete preguntas y permite conocer los efectos del dolor en diferentes dimensiones del individuo (actividad general, estado de ánimo, capacidad para caminar, trabajo habitual, relaciones con otras personas, sueño y disfrute de la vida).

Además, el cuestionario consta de otras quince preguntas que evalúan el nivel de alivio que el tratamiento para el dolor proporciona al paciente, la localización y las causas del dolor. La versión española de la prueba ("Cuestionario Breve del Dolor", CBD) evalúa únicamente las dos dimensiones mencionadas y ha demostrado una adecuada validez psicométrica (ANEXO N° 4).

- Cuestionario DN4 (DN4):

El grupo "French Neuropathic Pain Control" que reúne grupos de expertos en el tema elaboró un cuestionario conocido como "Dolor Neuropático 4 Preguntas" (DN4). En ANEXO N° 5 se incluye el cuestionario traducido al español.

- Índice de Discapacidad de Oswestry (IDO):

El Índice de Discapacidad de Oswestry (IDO) es un cuestionario de elección múltiple que cumplimenta el paciente. Contiene diez secciones referentes a las actividades de la vida diaria. Cada sección describe seis niveles de discapacidad del 0 al 5. Inicialmente, fue diseñado para evaluar el dolor lumbar, pero también se utiliza para evaluar el dolor neuropático, tal y como recogen las recomendaciones de la Sociedad Española del Dolor (SED). El índice de discapacidad obtenido se valora como: Un 0-20% se califica como mínima incapacidad, del 20-40% es una incapacidad moderada y entre el 40-60% es una incapacidad severa. Entre el 60-80% es un paciente incapacitado en los aspectos laborales y en la vida diaria que puede requerir una

intervención. Un índice del 80-100% puede representar una exageración de los síntomas y debe ser evaluado cuidadosamente (ANEXO N° 6).

- *Inventario Multidimensional del Dolor de West Haven-Yale (WHYMPI):*

Es un instrumento multidimensional específicamente diseñado para la evaluación de variables psicosociales relevantes asociadas al dolor crónico, por este motivo se aconseja su uso como parte de un protocolo que incluya la evaluación de otras variables subjetivas, conductuales y fisiológicas del dolor. Existe una adaptación española del WHYMPI (Ferrer et al, 1993). El cuestionario puede ser autoadministrado y consta de tres secciones: 1) La intensidad del dolor y su impacto sobre diversos aspectos de la vida del paciente. 2) La percepción del paciente sobre las respuestas de los allegados a sus conductas de dolor. 3) La participación el paciente en diferentes actividades, que permite obtener un índice general de actividad del paciente.

El (MPI) permite clasificar a los pacientes con dolor crónico en 3 grupos: a) disfuncional, caracterizado por gran intensidad del dolor, malestar emocional e incapacidad funcional; b) estrés interpersonal, que es similar al anterior, pero presenta, además, escaso apoyo de los demás, y c) adaptativo, con menos dolor, menos incapacidad funcional y menor estrés emocional.

- *Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico (CAD):*

Dada la importancia de medir y evaluar las diferentes maneras con las que el paciente afronta el dolor, en las últimas décadas se han desarrollado diferentes instrumentos para evaluar dicha dimensión y determinar las estrategias más adaptativas. El cuestionario de afrontamiento ante el dolor (CAD), es autoadministrado y está compuesto por 31 ítems, distribuidos en seis subescalas: autoafirmación, búsqueda de información, religión, distracción, catarsis y autocontrol mental. Este cuestionario sirve para explorar el afrontamiento del dolor crónico y sus áreas con las estrategias más destacadas para el control y manejo de la percepción algida (ANEXO N° 7). En 2004, se ha diseñado una versión más corta, el CAD-R, que consta de 24 ítems.

C). CUESTIONARIOS QUE EVALUAN FACTORES RELACIONADOS CON EL DOLOR:

En la evaluación de los pacientes con dolor también se pueden obtener, de forma complementaria, otras mediciones a través de pruebas psicológicas objetivas dirigidas a recoger información sobre los aspectos de la personalidad, los estados afectivos o los posibles rasgos o tendencias psicopatológicas de los pacientes. Entre las cuales, se pueden destacar:

- *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI), que evalúa la personalidad y rasgos psicopatológicos.
- *Symptom Checklist- 90* (SCL-90), que evalúa los síntomas de malestar físico o emocional en una lista de 90 problemas.
- *Millon Behavioral Health Inventory* (MBHI), que evalúa los tipos de personalidad y las actitudes relevantes para dolencias específicas. Además, contiene un índice pronóstico que intenta predecir la respuesta al tratamiento del dolor.

También existen inventarios más breves para evaluar a esta población, tales como:

- *Beck Depression Inventory* (BDI), que tiene como propósito proporcionar una estimación de la gravedad de la sintomatología depresiva.
- *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) de Spielberger, que permite evaluar la ansiedad como estado y como rasgo.

Un instrumento útil en pacientes médico-quirúrgicos y de fácil aplicación es la *Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión* (HADS), que valora el grado en que la enfermedad afecta a su estado emocional. Proporciona medidas dimensionales de "malestar psíquico", mostrando una buena correlación con diferentes aspectos de severidad de la enfermedad física y con otras medidas dimensionales de calidad de vida. Puede ser utilizada para detectar cambios durante el curso de la enfermedad o en respuesta a distintos tipos de intervenciones. El paciente tiene que seleccionar para cada ítem, la alternativa

de respuesta que mejor refleje su situación durante la última semana. La puntuación para cada subescala se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas (0-3) en los ítems respectivos (ítems pares para la de depresión, impares para la de ansiedad). El rango de puntuación es de 0-21 para cada subescala, y de 0-42 para la puntuación global. En la versión original de la escala se proponen los mismos puntos de corte para las dos subescalas: (0-7 = Normal; 8-10 = Dudoso; ≥ 11 = Problema clínico). Algunos autores recomiendan la utilización de la puntuación global y no las de las subescalas por separado, ya que no se ha podido documentar un buen poder discriminativo entre ansiedad y depresión, con puntos de corte que varían entre las distintas enfermedades médico-quirúrgicas (desde ≥ 12 en pacientes médicos con síntomas somáticos inexplicados, hasta ≥ 20 en pacientes en cuidados paliativos) (ANEXO Nº 8).

Por otro lado, con el objetivo de completar la evaluación se pueden utilizar otros cuestionarios dirigidos a recoger información sobre la *percepción de salud* y la *calidad de vida* del paciente con dolor. Dos ejemplos muy conocidos son el SF12 y el GHQ.

El *Cuestionario de Salud SF-12* es la adaptación realizada para España por Alonso et al, (1998) del SF-12 *Health Survey*. El SF-12 es una versión reducida del *Cuestionario de Salud SF-36* diseñada para utilizarlo de forma más rápida. El SF-12 se contesta en una media de ≤ 2 min. y el SF-36 entre 5 y 10 min. Consta de 12 ítems provenientes de las 8 dimensiones del SF-36: Función Física (2), Función Social (1), Rol físico (2), Rol Emocional (2), Salud mental (2), Vitalidad (1), Dolor corporal (1), Salud General (1). Las opciones de respuesta forman escalas de tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia. El número de opciones de respuesta oscila entre tres y seis, dependiendo del ítem. Se trata de un cuestionario auto-administrado, aunque también se ha utilizado administrado mediante un entrevistador en entrevista personal, telefónica o mediante soporte informático (ANEXO Nº 9).

El *Cuestionario de Salud General de Goldberg* (GHQ28) es un cuestionario para evaluar la percepción del sujeto de su estado de bienestar general, y evalúa aspectos de salud física y mental. Fue desarrollado por Goldberg y

Blackwell en 1972. La versión original contenía 60 preguntas, pero después se han elaborado versiones más breves de 30, 28 y 12 ítems. El GHQ-28 es un cuestionario autoadministrado que consta de 28 ítems agrupados en cuatro subescalas de 7 ítems cada una: subescala A (síntomas somáticos), subescala B (ansiedad e insomnio), subescala C (disfunción social) y subescala D (depresión grave). Cada pregunta tiene cuatro posibles respuestas, progresivamente peores. El paciente debe subrayar la respuesta elegida y es esencial que se limite a su situación en las últimas semanas no en el pasado. Al ser un instrumento diseñado para su uso en las consultas médicas no psiquiátricas, su objetivo consiste en detectar cambios en la función normal del paciente, no en determinar los rasgos que lo acompañan a lo largo de su vida. Explora dos tipos de fenómenos: la incapacidad para funcionar, desde el punto de vista psíquico, a nivel "normal" y la aparición de nuevos fenómenos de malestar psíquico. Se trata de un instrumento de "screening" bastante utilizado tanto en epidemiología como en el contexto clínico (ANEXO N° 10).

1.3. AUTORREGISTROS:

Son métodos con los que el paciente registra la aparición de ciertas conductas, definidas previamente, y las circunstancias bajo las cuales se han producido. Son objetivos porque pueden cuantificarse y aportan la impresión subjetiva del individuo. Constan de dos fases: la auto-observación y el autorregistro. El paciente anota o registra determinados aspectos del dolor y lo hace inmediatamente o en breve plazo tras su ocurrencia.

Uno de los más conocidos es el *Diario del Dolor*, el cual, es un instrumento ampliamente utilizado en la evaluación del paciente con dolor. Permite valorar la evolución del tratamiento y de la situación física y psicológica del paciente. Además, fomenta la motivación del paciente al participar en el autorregistro de seguimiento. Puede diseñarse de forma específica a las necesidades del paciente y de la información que se pretende obtener. Puede valorar diversos aspectos (Medicación, Intensidad del dolor y Actividades). El diario debe ser simple y de estructura clara para facilitar que se lleve a cabo de forma regular y correcta. Generalmente, suelen realizarse durante un tiempo

determinado, que suele estar en torno a las dos semanas. Al inicio del tratamiento se debe cumplimentar diariamente, y en tratamientos más prolongados, los intervalos de registro se amplían (Ej.: Semanalmente) (ANEXO Nº 11).

Las principales indicaciones de los autorregistros consisten en el estudio de los hábitos y de los patrones de conducta adaptativos (sueño, ingesta, distracciones, etc.) y de las manifestaciones más importantes del dolor, cuando interesa evaluar o monitorizar sus variaciones en el tiempo.

2. MEDIDAS OBJETIVAS:

Se han diseñado técnicas que intentan proporcionar índices objetivos que reflejen con la mayor objetividad posible el grado de dolor experimentado por los enfermos. Estas técnicas se han clasificado en diversas categorías:

2.1. VALORACION POR UN OBSERVADOR INDEPENDIENTE:

Estos procedimientos se caracterizan por el hecho de que es una persona previamente entrenada la que observa y registra de forma inmediata los aspectos de interés en el comportamiento del paciente. Cuando es necesaria y no es posible la observación directa en el ambiente natural, es el paciente quien la lleva a cabo mediante instrumentos de autorregistro.

Aparentemente, la valoración del dolor por parte de un observador independiente aportará una objetividad y precisión muy superior a la estimación subjetiva del propio paciente. Por ejemplo, el consumo de analgésicos podría representar una forma de valorar objetivamente el grado de dolor experimentado por un paciente. En general, se acepta que un mayor consumo traduce un mayor grado de dolor. Sin embargo, esto no siempre es cierto, ya que el consumo de fármacos puede estar muy relacionado con factores ligados a la personalidad del paciente. Así el consumo de analgésicos, además de ser poco fiable como método de valoración, es una medida en gran parte subjetiva por estar ligada a las características del propio paciente.

Por tanto, la comparación entre medidas objetivas y subjetivas no está justificada, ya que cada uno de estos métodos de estudio recoge información diferente y necesariamente complementaria. De hecho, se han obtenido numerosos resultados en las investigaciones que indican una consistencia baja entre la valoración del dolor realizada por los profesionales y la valoración subjetiva del propio paciente.

En la evaluación de los pacientes con dolor, los dos ámbitos habitualmente estudiados mediante observación directa son las *conductas de dolor* y el *nivel basal conductual*.

- Observación Directa de Conductas de Dolor:

El término *conducta de dolor* se refiere al conjunto de comportamientos de muy diversa índole que tienen como elemento común ser significativos de dolor o ser interpretados como tales por las personas del entorno del paciente.

Se han planteado diversas clasificaciones de conductas de dolor para ser utilizadas como categorías observacionales, pero todas ellas comparten el hecho de basarse en un criterio morfológico (qué hace o qué dice el paciente).

Una de las más conocidas es la de Fordyce (1976), que considera las siguientes categorías de conducta:

- 1. NO VERBALES:** Suspiros, gemidos, contracciones, adopción de posturas compensatorias, y movimientos cautelosos.
- 2. INFORMES VERBALES DE DOLOR:** Descripciones de la intensidad, localización, y cualidades del dolor.
- 3. PETICION DE AYUDA EN RELACION CON EL DOLOR:** Demanda de fármacos, de aplicación de calor, de masajes, de asistencia médica, o de ser eximidos de una tarea.
- 4. LIMITACION FUNCIONAL O RESTRICCION DE MOVIMIENTOS RELACIONADOS CON EL DOLOR:** Guardar reposo, e interrupciones momentáneas o duraderas de la actividad habitual.

La clasificación de Keefe y Block (1982) se basa en cinco clases de conductas de dolor de tipo motor: Movimiento protectorio, Apoyarse o sujetarse, Frotarse, Hacer muecas, y suspirar.

También se han diseñado escalas observacionales para medir el dolor en pacientes con deterioro cognitivo con imposibilidad para expresarse verbalmente, entre las cuales, “The Discomfort Scale” (DS-DAT) y “Pain Assessment in Advanced Dementia” (PAINAD) son las que tienen índices de fiabilidad y validez más adecuados (ANEXO Nº 12). La “Non Communicative Patient’s Pain Assessment Instrument” (NOPPAIN) es una escala que permite basar la información en la observación que realizan los profesionales asistenciales al realizar las tareas de cuidado diarias del paciente.

- Nivel Basal Conductual:

Determinación de la capacidad inicial del paciente para realizar ejercicios físicos que serán aplicados en un tratamiento de “removilización”. En un sentido más amplio, el nivel basal tendría que determinarse para todo tipo de comportamientos, susceptibles de ser modificados mediante el tratamiento del dolor. Este procedimiento está especialmente indicado en la evaluación del dolor crónico, ya que ofrece una orientación adaptada a cada paciente sobre cuál es su nivel inicial antes de iniciar un tratamiento rehabilitador, y es un indicador de su efectividad.

2.2. RESPUESTAS FISIOLÓGICAS:

La determinación de las respuestas fisiológicas que se desencadenan en presencia de dolor, constituye un método de valoración objetiva. Se han analizado varios procesos fisiológicos en relación con diversos aspectos del fenómeno doloroso:

- Registro directo de la actividad de nervios periféricos: Representa la única medida objetiva disponible acerca de la nocicepción.
- Medición de índices vegetativos: El dolor se presenta acompañado de manifestaciones de hiperactividad del sistema vegetativo. Se ha intentado valorar el dolor mediante la determinación de índices de actividad vegetativa como tensión arterial, frecuencia cardiaca, conductancia y resistencia de la piel, temperatura y sudoración. Los resultados obtenidos no permiten

establecer una relación fidedigna entre el grado de dolor y las alteraciones concomitantes de tipo vegetativo.

- Registros electromiográficos: La tensión muscular desempeña un papel importante en algunos estados dolorosos. Algunos estudios han intentado relacionar el grado de dolor y el nivel de contractura muscular mediante electromiograma, pero los resultados obtenidos no han demostrado dicha relación.

- Potenciales evocados: También se ha investigado la relación entre la actividad eléctrica cerebral y el dolor provocado mediante determinados estímulos. Se ha observado que la amplitud de las ondas cerebrales aumenta al incrementar la intensidad del estímulo pudiéndose correlacionar con el grado de dolor manifestado por los pacientes. Además la amplitud de esas ondas disminuye con la administración de analgésicos.

- Registros electroencefalográficos: La relación entre la actividad cerebral y los estados de vigilia y excitación que se producen con el dolor no está definida.

ANEXOS:

ANEXO Nº 1:

“CUESTIONARIO DE DOLOR DE McGill” (MPQ) (Melzack y Torgerson, 1971)

PARTE I: LOCALIZACIÓN DEL DOLOR

Nombre: Edad:

.....

Historia nº: Fecha:

.....

Categoría clínica (cardíaca, neurológica ...):

.....

Diagnóstico

.....

.....

Analgésicos (si ya se han administrado):

1. Clase:
2. Dosificación:
3. Fecha de administración (en relación con esta prueba):

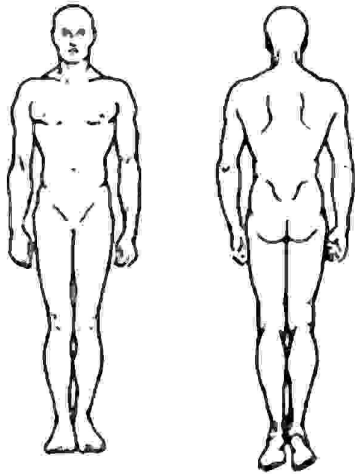
Inteligencia del paciente: rodear con un círculo el mejor número:

1	2	3	4	5
(baja)				(alta)

PARTE I. Localización del dolor

Señalar en el gráfico adjunto la zona donde se localiza el dolor.

Si el dolor es externo: E, Si es interno: I, Si es ambos: EI.



PARTE II. Descripción del dolor (PRI)

Escoger una sola palabra de cada apartado que mejor defina el tipo de dolor que se padece en este momento.

1

Aletea
Tiembla
Late
Palpita
Golpea
Martillea

2

Brinco
Destello
Disparo

3

Pincha
Perfora
Taladra
Apuñala
Lancinante

4

Agudo
Cortante
Lacerante

5

Pellizca
Aprieta
Roe
Acalambra
Aplasta

6

Tira
Tracciona
Arranca

7

Calienta
Quema
Escalda
Abrasa

8

Hormigueo
Picor
Escozor
Aguijoneo

9

10

11

12

Sordo	Sensible	Cansa	Marea
Penoso	Tirante	Agota	Sofoca
Hiriente	Áspero		
Irritante	Raja		
Pesado			

13	14	15	16
Miedo	Castigador	Desdichado	Molesto
Espanto	Abrumador	Cegador	Preocupante
Pavor	Cruel		Apabullante
	Rabioso		Intenso
	Mortificante		Insoportable

17	18	19	20
Difuso	Apretado	Fresco	Desagradable
Irradia	Entumecido	Frio	Nauseabundo
Penetrante	Exprimido	Helado	Agonístico
Punzante	Estrujado		Terrible
	Desgarrado		Torturante

PARTE III. Cambios que experimenta el dolor

Escoger la palabra o las palabras que describan el modelo o patrón que sigue el dolor

1	2	3
Continuo	Rítmico	Breve
Invariable	Periódico	Momentáneo
Constante	Intermitente	Transitorio

Factores que alivian el dolor:

Factores que agravan el dolor:

PARTE IV. Intensidad del dolor (PPI)

Elegir la palabra que mejor refleje la magnitud del dolor en este momento

1	2	3	4	5
Ligero	Molesto	Angustioso	Horrible	Atroz

SISTEMA DE PUNTUACIÓN:

1. PRI (*Pain rating index* = Índice de valoración del dolor)

Sensorial: (1-10)

Afectivo: (11 - 15)

Evaluativo: (16)

Miscelánea: (17-20)

2. PPI (*Present pain index* = Índice de intensidad del dolor)

3. Número de palabras escogidas

ANEXO Nº 2:

“CUESTIONARIO DEL DOLOR EN ESPAÑOL” (CDE) (Ruiz López et al, 1993)

Nombre:

Fecha:

Unidad/Centro:

Nº Historia

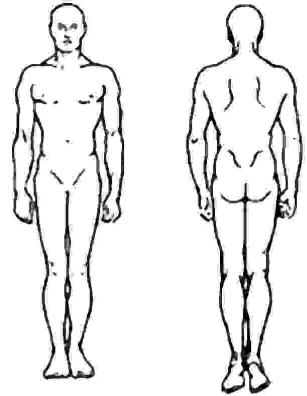
INSTRUCCIONES: Si alguna palabra de las 14 categorías describe su dolor, márkela con una (X).

<p>1:</p> <p><input type="checkbox"/> Como pulsaciones</p> <p><input type="checkbox"/> Como una sacudida</p> <p><input type="checkbox"/> Como un latigazo</p>	<p>5:</p> <p><input type="checkbox"/> Pesado</p> <p><input type="checkbox"/> Tirante</p> <p><input type="checkbox"/> Como un desgarró</p> <p><input type="checkbox"/> Tenso</p>	<p>9:</p> <p><input type="checkbox"/> Que marea</p> <p><input type="checkbox"/> Sofocante</p>	<p>13:</p> <p><input type="checkbox"/> Deprimente</p> <p><input type="checkbox"/> Agobiante</p> <p><input type="checkbox"/> Que angustia</p> <p><input type="checkbox"/> Que obsesiona</p> <p><input type="checkbox"/> Desesperante</p>
<p>2:</p> <p><input type="checkbox"/> Frío</p> <p><input type="checkbox"/> Caliente</p> <p><input type="checkbox"/> Ardiente</p>	<p>6:</p> <p><input type="checkbox"/> Superficial</p> <p><input type="checkbox"/> Difuso</p> <p><input type="checkbox"/> Que se irradia</p> <p><input type="checkbox"/> Fijo</p> <p><input type="checkbox"/> Interno</p> <p><input type="checkbox"/> Profundo</p>	<p>10:</p> <p><input type="checkbox"/> Que atormenta</p> <p><input type="checkbox"/> Mortificante</p> <p><input type="checkbox"/> Violento</p>	<p>14:</p> <p><input type="checkbox"/> Momentáneo</p> <p><input type="checkbox"/> Intermitente</p> <p><input type="checkbox"/> Creciente</p> <p><input type="checkbox"/> Constante</p> <p><input type="checkbox"/> Persistente</p>
<p>3:</p> <p><input type="checkbox"/> Entumecimiento</p> <p><input type="checkbox"/> Como un pellizco</p> <p><input type="checkbox"/> Agarrotamiento</p> <p><input type="checkbox"/> Calambre</p> <p><input type="checkbox"/> Espasmo</p> <p><input type="checkbox"/> Retortijón</p> <p><input type="checkbox"/> Opresivo</p>	<p>7:</p> <p><input type="checkbox"/> Adormecido</p> <p><input type="checkbox"/> Picor</p> <p><input type="checkbox"/> Hormigueo</p> <p><input type="checkbox"/> Como agujetas</p> <p><input type="checkbox"/> Escozor</p> <p><input type="checkbox"/> Como una corriente</p>	<p>11:</p> <p><input type="checkbox"/> Extenuante</p> <p><input type="checkbox"/> Agotador</p> <p><input type="checkbox"/> Incapacitante</p>	

4: <input type="checkbox"/> Pinchazo <input type="checkbox"/> Punzante <input type="checkbox"/> Penetrante <input type="checkbox"/> Agudo	8: <input type="checkbox"/> Temible <input type="checkbox"/> Espantoso <input type="checkbox"/> Horrible	12: <input type="checkbox"/> Incómodo <input type="checkbox"/> Que irrita <input type="checkbox"/> Que consume
--	--	--

VALOR INTENSIDAD ACTUAL

- Sin dolor
- Leve
- Molesto
- Intenso
- Fuerte
- Insoportable



SOMBRRE LAS ÁREAS DONDE
SIENTE DOLOR.

Escala visual analógica

Marque con una (x) sobre la línea, indicando cuánto dolor siente actualmente:

SIN DOLOR ●—————● DOLOR INSOPORTABLE

ANEXO Nº 3:

“INDICE DE LATTINEN” (IL)

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

6. Clasifique su dolor haciendo un círculo alrededor del número que mejor describe la intensidad de su dolor **actual**.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ningún Dolor										El Peor Dolor Imaginable

7. ¿Qué tratamiento o medicamento recibe para su dolor? _____

8. ¿En las últimas 24 horas, cuánto **alivio** ha sentido con el tratamiento o con el medicamento? Indique con un círculo el porcentaje que mejor se adapta a su alivio.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Ningún Alivio										100% Alivio Total

9. Haga un círculo alrededor del número que mejor describe la manera en que el **dolor ha interferido**, durante las últimas 24 horas, con su:

A. Actividad en general

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No Interfiere										Interfiere por Completo

B. Estado de ánimo

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No Interfiere										Interfiere por Completo

C. Capacidad de caminar

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No Interfiere										Interfiere por Completo

D. Trabajo normal (ya sea en casa o afuera)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No Interfiere										Interfiere por Completo

E. Relaciones con otras personas

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No Interfiere										Interfiere por Completo

F. Sueño

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No Interfiere										Interfiere por Completo

G. Capacidad de diversión

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No Interfiere										Interfiere por Completo

ANEXO Nº 5:

Cuestionario DN4

(Versión española del cuestionario Dolour Neuropathique 4¹)

Responda a las cuatro preguntas siguientes marcando sí o no en la casilla correspondiente.

ENTREVISTA AL PACIENTE

Pregunta 1: ¿Tiene su dolor alguna de estas características?

	Si	No
1 Quemazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Sensación de frío doloroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Descargas eléctricas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pregunta 2: ¿Tiene en la zona donde le duele alguno de estos síntomas?

	Si	No
4 Hormigueo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Pinchazos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Entumecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Escozor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXPLORACIÓN DEL PACIENTE

Pregunta 3: ¿Se evidencia en la exploración alguno de estos signos en la zona dolorosa?

	Si	No
8 Hipoestesia al tacto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Hipoestesia al pinchazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pregunta 4: ¿El dolor se provoca o intensifica por?

	Si	No
10 El roce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹ Versión Francesa (Francia): Bouhassira D, et al. Pain 2005; 114: 29-36.
Versión Española (España): Pérez C, et al. EFIC 2006.

ANEXO Nº 6:

“INDICE DE DISCAPACIDAD DE OSWESTRY” (IDO)

1. INTENSIDAD DEL DOLOR:

- (0) Puedo soportar el dolor sin necesidad de tomar calmantes.
- (1) El dolor es fuerte pero me arreglo sin tomar calmantes.
- (2) Los calmantes me alivian completamente el dolor.
- (3) Los calmantes me alivian un poco el dolor.
- (4) Los calmantes apenas me alivian el dolor.
- (5) Los calmantes no me alivian el dolor y no me los tomo.

2. ESTAR DE PIE:

- (0) Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera sin que me aumente el dolor.
- (1) Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera pero me aumenta el dolor.
- (2) El dolor me impide estar de pie más de una hora.
- (3) El dolor me impide estar de pie más de media hora.
- (4) El dolor me impide estar de pie más de 10 minutos.
- (5) El dolor me impide estar de pie.

3. CUIDADOS PERSONALES:

- (0) Me las puedo arreglar solo sin que me aumente el dolor.
- (1) Me las puedo arreglar solo pero esto me aumenta el dolor.
- (2) Lavarme, vestirme, etc, me produce dolor y tengo que hacerlo despacio y con cuidado.
- (3) Necesito alguna ayuda pero consigo hacer la mayoría de las cosas yo solo.
- (4) Necesito ayuda para hacer la mayoría de las cosas.
- (5) No puedo vestirme, me cuesta lavarme y suelo quedarme en la cama.

4. DORMIR:

- (0) El dolor no me impide dormir bien.
- (1) Sólo puedo dormir si tomo pastillas.
- (2) Incluso tomando pastillas duermo menos de 6 horas.
- (3) Incluso tomando pastillas duermo menos de 4 horas.
- (4) Incluso tomando pastillas duermo menos de 2 horas.
- (5) El dolor me impide totalmente dormir.

5. LEVANTAR PESO:

- (0) Puedo levantar objetos pesados sin que me aumente el dolor.
- (1) Puedo levantar objetos pesados pero me aumenta el dolor.
- (2) El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo pero puedo hacerlo si están en un sitio cómodo (ej. en un mesa).
- (3) El dolor me impide levantar objetos pesados pero si puedo levantar objetos ligeros o medianos si están en un sitio cómodo.
- (4) Sólo puedo levantar objetos muy ligeros.
- (5) No puedo levantar ni elevar ningún objeto.

6. ACTIVIDAD SEXUAL:

- (0) Mi actividad sexual es normal y no me aumenta el dolor.
- (1) Mi actividad sexual es normal pero me aumenta el dolor.
- (2) Mi actividad sexual es casi normal pero me aumenta mucho el dolor.
- (3) Mi actividad sexual se ha visto muy limitada a causa del dolor.
- (4) Mi actividad sexual es casi nula a causa del dolor.
- (5) El dolor me impide todo tipo de actividad sexual.

7. ANDAR:

- (0) El dolor no me impide andar.
- (1) El dolor me impide andar más de un kilómetro.
- (2) El dolor me impide andar más de 500 metros.
- (3) El dolor me impide andar más de 250 metros.
- (4) Sólo puedo andar con bastón o muletas.
- (5) Permanezco en la cama casi todo el tiempo y tengo que ir a rastras al baño.

8. VIDA SOCIAL:

- (0) Mi vida social es normal y no me aumenta el dolor.
- (1) Mi vida social es normal pero me aumenta el dolor.
- (2) El dolor no tiene un efecto importante en mi vida social , pero si impide mis actividades más enérgicas como bailar, etc.
- (3) El dolor ha limitado mi vida social y no salgo tan a menudo.
- (4) El dolor ha limitado mi vida social al hogar.
- (5) No tengo vida social a causa del dolor.

9. ESTAR SENTADO:

- (0) Puedo estar sentado en cualquier tipo de silla todo el tiempo que quiera.
- (1) Puedo estar sentado en mi silla favorita todo el tiempo que quiera.
- (2) El dolor me impide estar sentado más de una hora.
- (3) El dolor me impide estar sentado más de media hora.
- (4) El dolor me impide estar sentado más de 10 minutos.
- (5) El dolor me impide estar sentado.

10. VIAJAR:

- (0) Puedo viajar a cualquier sitio sin que me aumente el dolor.
- (1) Puedo viajar a cualquier sitio pero me aumente el dolor.
- (2) El dolor es fuerte pero aguanto viajes de más de 2 horas.
- (3) El dolor me limita a viajes de menos de una hora.
- (4) El dolor me limita a viajes cortos y necesarios de menos de media hora.
- (5) El dolor me impide viajar excepto para ir al médico o al hospital.

SUMAR EL RESULTADO DE CADA RESPUESTA (puntuación=valor paréntesis) Y MULTIPLICAR X 2. SE OBTIENE EL RESULTADO EN % DE INCAPACIDAD.

ANEXO Nº 7:

**“CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO ANTE EL DOLOR CRÓNICO”
(CAD)**

(Soriano y Monsalve, 2002)

Nombre:

Fecha:

Unidad/Centro:

Nº Historia:

Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico	Totalmente en desacuerdo	Más en desacuerdo que de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Más de acuerdo que en desacuerdo	Totalmente de acuerdo
Religión					
1. Rezo para que mis dolores desaparezcan					
2. Rezo para conseguir fuerza y guía sobre el problema					
3. Rezo para curarme					
4. Utilizo la fe para aliviar mis dolores					
5. Pido a Dios que me alivie de mis dolores					
Catarsis (Búsqueda de Apoyo Social Emocional)					
6. Cuando tengo dolor intento hablar con alguien y contarle lo que me pasa. Esto me ayuda a soportarlo					
7. Cuando tengo dolor les digo a los demás lo mucho que me duele, pues el compartir mis sentimientos me hace encontrarme mejor					
8. Cuento a la gente la situación porque ello me ayuda a encontrar soluciones					
9. Hablo con la gente de mi dolor, porque el hablar me ayuda a sentirme mejor					

Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico	Totalmente en desacuerdo	Mas en desacuerdo que de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Mas de acuerdo que en desacuerdo	Totalmente de acuerdo
10. Busco a algún amigo o allegado que me comprenda y me ayude a sentirme mejor con el dolor					
Distracción					
11. Cuando tengo dolor imagino situaciones placenteras					
12. Busco algo en qué pensar para distraerme					
13. Ignoro el dolor pensando en otra cosa					
14. Intento recrear mentalmente un paisaje					
15. Cuando tengo dolor pienso en otra cosa					
16. Cuando tengo dolor me esfuerzo en distraerme con algún pasatiempo					
Autocontrol Mental					
17. Me concentro en el punto en que más me duele intentando disminuir el dolor					
18. Me olvido de todo y me concentro en mi dolor intentando que desaparezca					
19. Cuando tengo dolor me concentro en su localización e intensidad para intentar controlarlo					
20. Cuando tengo dolor me concentro en él e intento disminuirlo mentalmente					
21. Trato de dejar la mente en blanco					
Autoafirmación					

Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico	Totalmente en desacuerdo	Más en desacuerdo que de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Más de acuerdo que en desacuerdo	Totalmente de acuerdo
22. Pienso que he de tener fuerzas y no desfallecer					
23. Me doy ánimos para aguantar el dolor					
24. Me digo a mi mismo que tengo que ser fuerte					
25. Cuando tengo dolor no me rindo, peleo					
26. Aunque me duele me contengo y procuro que no se me note					
Búsqueda de Información (Búsqueda de Apoyo Social Instrumental)					
27. Intento que me expliquen qué puedo hacer para disminuir el dolor					
28. Busco a algún amigo, familiar o profesional para que me aconseje cómo superar la situación					
29. Hablo con un profesional (médico, psicólogo, sacerdote, etc.) del problema para que me ayude a hacerle frente					
30. Intento saber más sobre mi dolor para así poder hacerle frente					
31. Hablo con alguien que puede hacer algo concreto sobre mi dolor					

*Soriano J, Monsalve V. CAD: Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico. Rev Soc Esp. Dolor 2002; 9: 13-22.

ANEXO Nº 8:

“ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESION” (HADS)

NOMBRE:

Fecha:

Este cuestionario se ha construido para ayudar a quien le trata a saber cómo se siente usted. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió usted durante la semana pasada. No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si contesta deprisa, sus respuestas podrán reflejar mejor cómo se encontraba usted durante la semana pasada.

1. Me siento tenso o “nervioso”

- (0) Todos los días
- (1) Muchas veces
- (2) A veces
- (3) Nunca

2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba

- (0) Como siempre
- (1) No lo bastante
- (2) Sólo un poco
- (3) Nada

3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder

- (0) Definitivamente, y es muy fuerte
- (1) Sí, pero no es muy fuerte
- (2) Un poco, pero no me preocupa
- (3) Nada

4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas

- (0) Al igual que siempre lo hice
- (1) No tanto ahora
- (2) Casi nunca

(3) Nunca

5. Tengo mi mente llena de preocupaciones

- (0) La mayoría de las veces
- (1) Con bastante frecuencia
- (2) A veces, aunque no muy a menudo
- (3) Sólo en ocasiones

6. Me siento alegre

- (0) Nunca
- (1) No muy a menudo
- (2) A veces
- (3) Casi siempre

7. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado

- (0) Siempre
- (1) Por lo general
- (2) No muy a menudo
- (3) Nunca

8. Me siento como si cada día estuviera más lento

- (0) Por lo general, en todo momento
- (1) Muy a menudo
- (2) A veces
- (3) Nunca

9. Tengo una sensación extraña, como de "aleteo" en el estómago

- (0) Nunca
- (1) En ciertas ocasiones
- (2) Con bastante frecuencia
- (3) Muy a menudo

10. He perdido interés por mi aspecto personal

- (0) Totalmente
- (1) No me preocupo tanto como debiera
- (2) Podría tener un poco más de cuidado
- (3) Me preocupo al igual que siempre

11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme

- (0) Mucho
- (1) Bastante
- (2) No mucho
- (3) Nada

12. Me siento optimista respecto al futuro

- (0) Igual que siempre
- (1) Menos de lo que acostumbraba
- (2) Mucho menos de lo que acostumbraba
- (3) Nada

13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico

- (0) Muy frecuentemente
- (1) Bastante a menudo
- (2) No muy a menudo
- (3) Nada

14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión

- (0) A menudo
- (1) A veces
- (2) No muy a menudo
- (3) Rara vez

TOTAL ANSIEDAD:

TOTAL DEPRESIÓN:

SUMA TOTAL:

ANEXO Nº 9:

**“CUESTIONARIO SF12 SOBRE EL ESTADO DE SALUD”
(SF12)**

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

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	Si, me limita mucho	Si, me limita un poco	No, no me limita nada
2. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Subir varios pisos por la escalera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante las 4 últimas semanas ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	SI	NO
4. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional,(como estar triste, deprimido, o nerviosos)?

	SI	NO
6. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente que de costumbre, por algún problema emocional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿ hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas) ¿

- Nada
- Un poco
- Regular
- Bastante
- Mucho

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿ cuánto tiempo...

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
9. Se sintió calmado y tranquilo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. se sintió desanimado y triste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Durante las 4 últimas semanas, ¿ con qué frecuencia la salud física o lo problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

*Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, de la Fuente L. Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. Med Clin Barc, 1998; 111: 410-416.

ANEXO Nº 10:

“CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG” (GHQ28)

A	B
A.1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?	B.1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?
<input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba reconstituyente?	B.2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?	B.3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.4. ¿Ha tenido sensación de que estaba enfermo?	B.4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No mas que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?	B.5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No mas que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?	B.6. ¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No mas que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?	B.7. ¿Se ha notado nervioso y “a punto de explotar” constantemente?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No mas que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.

C	D
C.1. Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?	D.1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?
<input type="checkbox"/> Más activo que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?	D.2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?
<input type="checkbox"/> Menos tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Más tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?	D.3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?
<input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?	D.4. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?
<input type="checkbox"/> Más satisfecho que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Menos satisfecho que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos satisfecho que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?	D.5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?
<input type="checkbox"/> Más útil de lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual de útil que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Menos útil de lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos útil de lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	D.6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?
<input type="checkbox"/> Más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?	D.7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?
<input type="checkbox"/> Más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Claramente, no
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> Me parece que no
<input type="checkbox"/> Menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Se me ha cruzado por la mente
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Claramente, lo he pensado

*Lobo A, Pérez-Echeverría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*, 1986; 16:135-140.

ANEXO Nº 11:

DIARIO DEL DOLOR

Fecha _____

Toma de medicamentos

Nombre del producto	Hora	Dosis

INTENSIDAD DEL DOLOR	Ningún dolor	Dolor leve	Dolor moderado	Dolor severo	Dolor muy severo
Por la mañana					
Antes del mediodía					
Al mediodía					
A media tarde					
Por la tarde					
Por la noche					

Datos relativos al transcurso del día (cumplimentar por la tarde)

¿ CÓMO CALIFICARÍA VD. HOY SU ESTADO GENERAL ?

- Muy bien
- Bien
- Regular
- Mal
- Muy mal

¿ HA INTERFERIDO HOY SU DOLOR CON SUS ACTIVIDADES ?

- No interfiere
- Interfiere ligeramente
- Interfiere claramente
- Interfiere intensamente
- Interfiere totalmente

¿ CÓMO HA DORMIDO LA ÚLTIMA NOCHE ?

- Bien
- Lo suficiente
- Tuve un dolor ligero
- Desperté por el dolor
- No conseguí dormir por el dolor intenso

¿ CÓMO FUE HOY SU DEFECCIÓN ?

- Suficiente
- Apenas hubo defecación
- Ninguna defecación

¿ CÓMO CALIFICARÍA HOY SU APETITO ?

- Bueno
- Apenas tuve apetito
- No tuve apetito alguno

¿ QUÉ MOLESTIAS HA TENIDO HOY ? - ADEMÁS DE DOLOR ?

- Ninguna
- Vómitos
- Abatimiento
- Náuseas
- Cansancio
- Insomnio
- Molestias gástricas

¿ QUÉ OTRAS COSAS LE LLAMARON LA ATENCIÓN EN EL TRANSCURSO DEL DÍA ?

ANEXO Nº 12:

“Escala PAINAD”

* Traducido y adaptado de: **Warden V, Hurley AC, Volicer L.** Development and psychometric evaluation of the pain assessment in advanced dementia (PAINAD) scale. *Journal of the American Medical Directors Association* 2003;4:9-15.

Apartados	0	1	2	Puntuación
1. Respiración Independiente de la vocalización	Normal	<ul style="list-style-type: none"> - Respiración dificultosa ocasional - Periodos cortos de hiperventilación 	<ul style="list-style-type: none"> - Respiración ruidosa y dificultosa - Periodos largos de hiperventilación - Respiración de Cheynes-Stokes 	
2. Expresión vocal negativa	Ninguna	<ul style="list-style-type: none"> - Gemido o gruñido ocasional - Discurso poco elaborado con aspectos negativos o de desaprobación (maldiciones, sarcasmos, lástimas) 	<ul style="list-style-type: none"> - Llamadas inquietas repetidas - Gemidos o gruñidos fuertes - Llanto 	
3. Expresión facial	Sonriente o inexpressivo	<ul style="list-style-type: none"> - Triste - Asustado, sobresaltos - Fruncir el entrecejo - Comisuras labiales descendidas 	<ul style="list-style-type: none"> - Muecas faciales 	
4. Lenguaje corporal	Relajado	<ul style="list-style-type: none"> - Tenso - Inquieto - Marcha inquieta 	<ul style="list-style-type: none"> - Rígido - Puños apretados - Rodillas dobladas - Se aparta o empuja (evita) - Opone resistencia 	
5. Consuelo	No necesita consuelo	<ul style="list-style-type: none"> - Distráido o tranquilizado por la voz o el tacto 	<ul style="list-style-type: none"> - Imposible de consolar, distraer, o tranquilizar 	
TOTAL				

Valoración: 1-3 puntos = dolor leve; 4-6 puntos = dolor moderado;
7-10 puntos = dolor intenso