

En este apartado hablaremos del **dolor**, sus modelos explicativos, su evaluación y su tratamiento psicológico y farmacológico: AINEs (antiinflamatorios no esteroideos) y opioides.

# Manejo del dolor

## Conocimientos básicos para psicooncólogos

Es importante, puesto que vamos a trabajar con pacientes que pueden presentar **dolor**, que tengamos conocimiento de cuáles son los tratamientos más eficaces para este, así como los **fármacos más empleados** en estos casos. Asimismo, será importante mencionar los diferentes **tipos de dolor** que existen y las **distintas maneras** que tenemos **de evaluarlo**.



Según Puebla Díaz (2005), en el momento del diagnóstico de una neoplasia, entre el 30 y el 50% de los pacientes presentan dolor. En las fases avanzadas de la enfermedad este porcentaje aumenta hasta llegar al 70-90%. Es más, Puebla Díaz (2005) indica que, en los pacientes con cáncer avanzado, el 70% de los dolores tienen su origen en la progresión de la enfermedad, mientras que el 30% restante es debido a los tratamientos y a otras patologías asociadas. Estos datos indican que, aunque no trabajemos con pacientes paliativos, existe una alta probabilidad de que nos deriven pacientes que presenten dolor. Es por ello, que se ha querido dedicar un apartado de esta página web a abordar este tema.

## ¿QUÉ ES EL DOLOR?

La definición de dolor más aceptada es la de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (*International Association for the Study of Pain; IASP*) que lo define como una **experiencia sensorial y emocional desagradable**, asociada con un daño tisular, real o potencial, o **descrita en términos de dicho daño** (López Timoneda, 1996).

Con esta definición queda claro que no siempre que haya dolor tiene que haber un daño tisular y que puede existir un daño tisular sin dolor. Es más, es muy posible que en ocasiones el dolor percibido no se adecue a un daño demostrable en el paciente como ocurre en algunos dolores crónicos, como la fibromialgia. Es importante, pues, tener en cuenta que nosotros vamos a tratar el síntoma, lo que el paciente experimenta o nota, no el signo, es decir, aquello observable por los sanitarios y la familia, entre otros (Ibáñez, 2020).

## ¿CÓMO SE PRODUCE EL DOLOR?

Las primeras teorías nacieron desde una perspectiva biomédica y prevalecieron hasta mediados del siglo XX. Establecían que el dolor era proporcional al daño tisular y que era una reacción a un estímulo, es decir, siempre tenía una causa concreta que podía explicarlo. Por lo tanto, las respuestas psicológicas de ansiedad y depresión eran vistas como consecuencias del dolor, pero no como causantes de este (Amigo Vázquez, 2014).

Como se ha anticipado anteriormente, este modelo no es válido porque no explica fenómenos como el dolor del miembro fantasma ni tampoco por qué personas con un mismo grado de daño tisular manifiestan respuestas de dolor de diferente intensidad. Es por ello, que **Melzack y**

**Wall** describieron la **teoría de la puerta**. Esta deja de ver el dolor como un producto lineal del daño tisular y empieza a verlo como un fenómeno complejo vinculado, también, al estado emocional, los aspectos motivacionales y reforzadores y los factores atencionales (Camacho y Arnate, 2003, citados en Amigo Vázquez, 2014).

La teoría de la puerta sostiene que la actividad neural aferente de los nociceptores periféricos está modulada en el asta dorsal de la médula, que actúa como una puerta que impide o permite el paso de los impulsos nerviosos que proceden de los nociceptores y del córtex (Melzack, 1983, citado en Amigo Vázquez, 2014). Para entender bien esta definición es importante saber que los nociceptores periféricos son aquellos que recogen las sensaciones específicas de calor, presión y quemazón, entre otros, y que las vías aferentes son aquellas por las que viaja la información que entra por los nociceptores.

La puerta puede cerrarse o abrirse en función de (Amigo Vázquez, 2014):

- **La actividad de las fibras** grandes A-beta, las fibras pequeñas A-delta y las fibras pequeñas C que entran en la médula espinal. La actividad en las fibras grandes A-beta cierra la puerta del dolor, mientras que la actividad de las fibras pequeñas A-delta y C facilita la sensibilidad al dolor. Así, por ejemplo, cuando nos golpeamos un dedo con un martillo, muchas fibras pequeñas se activan, abriendo la puerta del dolor. Para aliviarlo lo que hacemos es coger el dedo y frotarlo, estimulando de esa manera las fibras grandes.
- **Los mensajes descendentes del cerebro (mecanismo de control central)**. La información sobre la experiencia dolorosa es valorada en los centros superiores del sistema nervioso, enviada al sistema límbico y a la formación reticular y transmitida a la médula para modular la experiencia de dolor. Por lo tanto, vemos que emociones como la ansiedad y el miedo pueden exacerbar el dolor, mientras que la distracción puede disminuirlo. Juegan un papel, también, las creencias del sujeto y su experiencia previa.

Observamos, entonces, que hay condiciones que abren la puerta del dolor y otras que la cierran y que es importante tenerlas en cuenta a la hora de realizar una intervención psicológica. A continuación, se muestra una tabla elaborada a partir de lo expuesto por Cruzado (2017, citado en Ibáñez, 2020) y de aquello observado en la práctica clínica:

Tabla 1.

*Condiciones que abren y cierran la puerta del dolor*

|             | Condiciones que abren la puerta del dolor  | Condiciones que cierran la puerta del dolor  |
|-------------|--|--|
| Físicas     | Extensión de la herida<br>Nivel de actividad inapropiado<br>Posturas inadecuadas   | Medicación<br>Nivel de actividad apropiado<br>Contra-estimulación (aplicar calor o frío, presionar...) |
| Emocionales | Ansiedad y preocupación<br>Tensión<br>Ira<br>Depresión   | Relajación<br>Emociones positivas<br>Descanso  |
| Cognitivas  | Focalizarse en el dolor<br>Aburrimiento<br>Catastrofismo: rumiación, magnificación o sobreestimación de los riesgos del dolor e indefensión o infravaloración de los propios recursos para hacer frente al dolor | Concentración, manejo de la atención y distracción<br>Aceptación<br>Metas, propósito y sentido         |
| Sociales    | Aislamiento<br>Falta de apoyo percibido<br>Falta de confianza con el equipo médico   | Sentirse comprendido<br>Actividades sociales<br>Contacto con amistades y familia                       |

Nota. Elaborado a partir de Cruzado (2017), citado en Ibáñez (2020)

No podemos olvidar mencionar aquí la **conducta del dolor** (Fordyce, 1976, citado en Amigo Vázquez, 2014). Por conducta de dolor entendemos aquellas quejas o expresiones de malestar que la persona realiza y que se ven reforzadas por el entorno, por ejemplo: expresiones faciales o audibles, movimientos protectores como llevarse la mano al estómago, maniobras analgésicas como darse calor y la evitación de actividades, entre otras. Cuando este tipo de comportamientos son mantenidos por el entorno se convierten en una conducta operante, ya no explicada por el dolor, sino por el reforzamiento positivo de la atención recibida y el negativo que supone evitar actividades desagradables o responsabilidades que no apetecen al paciente.

Para profundizar en este apartado, es importante exponer las tres dimensiones del dolor que **Melzack y Casey** (1968), citados en Amigo Vázquez (2014) e Ibáñez (2020), propusieron y que permiten entender a la perfección la interrelación existente ente los factores fisiológicos y los psicológicos:

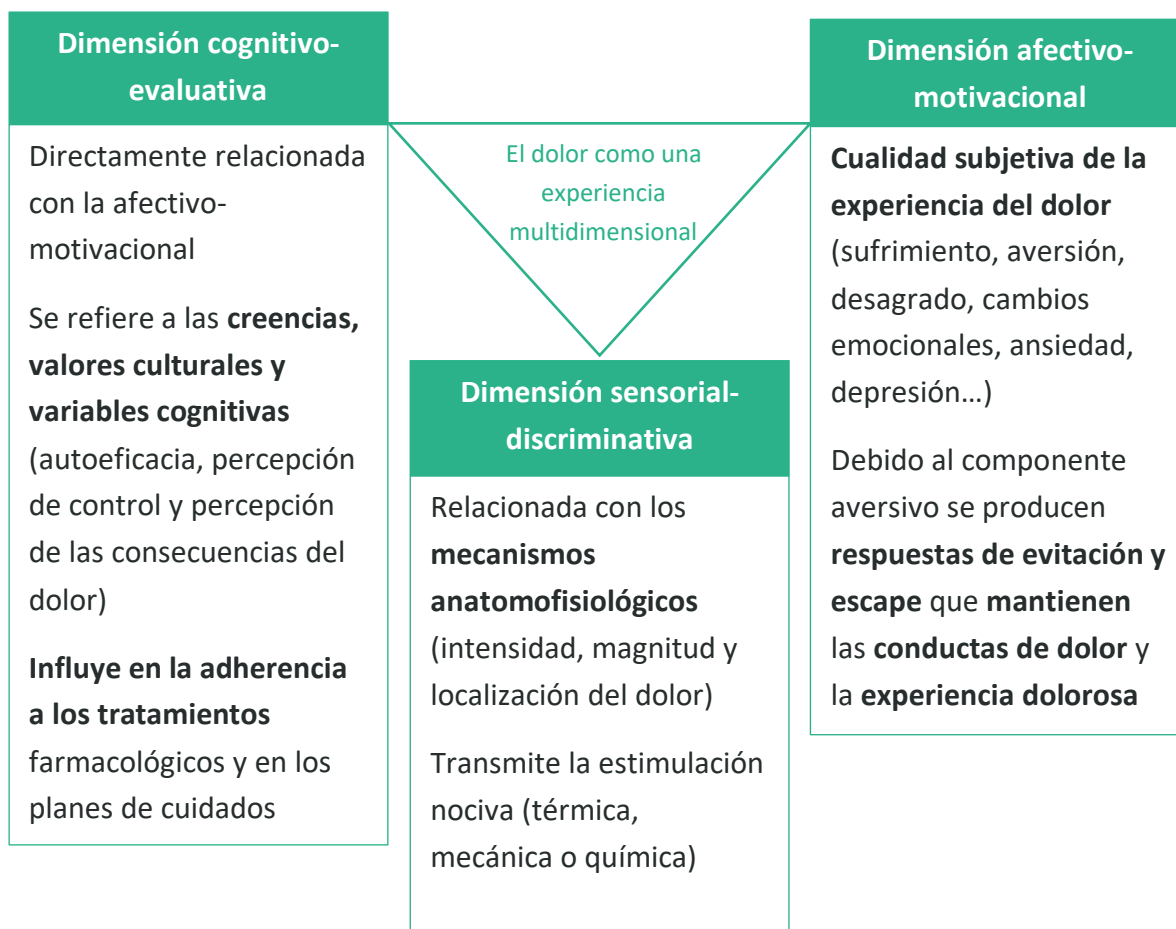


Figura 1. Dimensiones del dolor

En la práctica clínica, resulta evidente la interacción entre estas dimensiones, siendo necesario intervenir sobre todas ellas para paliar el dolor. En conclusión, “la experiencia del dolor no es una respuesta a un estímulo nociceptivo, sino una respuesta compleja que incluye los aprendizajes previos, el estilo de afrontamiento, los pensamientos y las emociones” (Amigo Vázquez, 2014, p.150).

¿Pero cuáles son las variables psicológicas que se relacionan específicamente con el dolor oncológico? Un estudio de revisión de Monsalve, Gómez-Carretero y Soriano (2006) encuentra las siguientes:

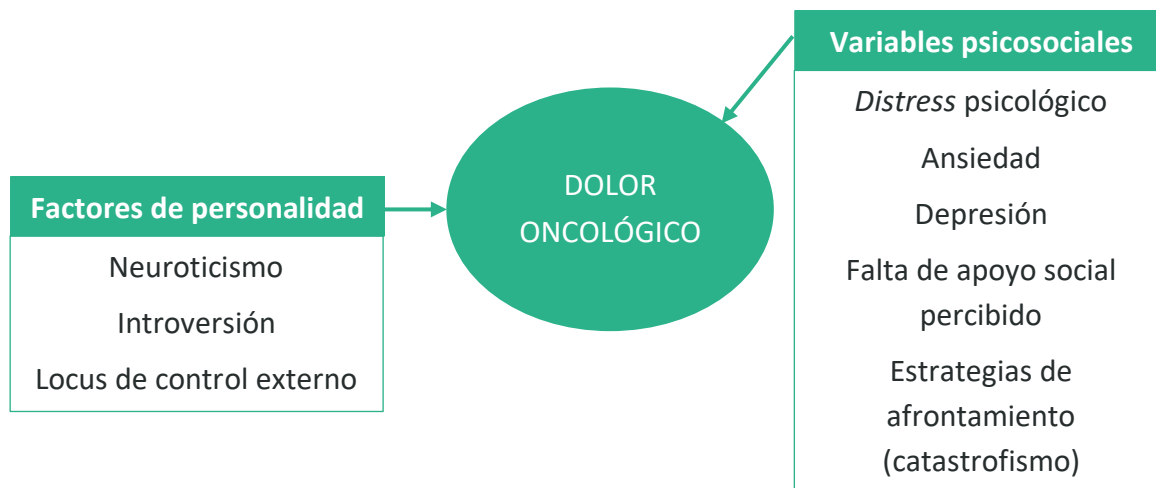


Figura 2. Relación entre variables psicológicas y dolor oncológico

Por último, es necesario mencionar que la literatura describe un mayor impacto inicial del dolor en el paciente oncológico que en el no oncológico (Bonica, 1978, citado en Monsalve, Gómez-Carretero y Soriano, 2006). Esto podría deberse a un patrón cultural aprendido (“el cáncer duele”).

## TIPOS DE DOLOR

Existen diferentes tipos de dolor según su duración, patogenia, localización, curso, intensidad, farmacología y factores pronósticos (Puebla Díaz, 2005).

- **Según su duración:** encontramos **el dolor agudo** y el **crónico**. El primero es aquel limitado en el tiempo y que tiene, por tanto, un escaso componente psicológico. Su duración es corta, está localizado y suele ir acompañado de signos físicos autonómicos como sudoración, taquicardia y palidez, entre otros. El segundo es aquel ilimitado en su duración (más de 3-6 meses) y que suele ir acompañado de un componente psicológico. En oncología, los dolores de tipo agudo suelen ser debidos a intervenciones diagnósticas o terapéuticas, mientras que los dolores de tipo crónico suelen ser provocados por el tumor directamente (Acevedo, 2009).
- **Según su patogenia:** encontramos el **neuropático**, el **nociceptivo** y el **psicógeno**. El primero es un dolor iniciado o causado por una lesión primaria o disfunción en el sistema nervioso central o periférico. Puede ir acompañado de parestesias (entumecimiento u hormigueo), disestesias (percepción táctil anormal), hiperalgesia (respuesta de dolor exagerada ante un estímulo que en condiciones normales es

doloroso), hiperestesia (sensibilidad aumentada a los estímulos) y alodinia (respuesta de dolor ante estímulos que en condiciones normales no son dolorosos). Un ejemplo es la neuropatía periférica post-quimioterapia. El segundo es el más frecuente y se divide en somático y visceral (se detallará en el siguiente punto) y el tercero es un dolor no orgánico que es de origen psíquico. En este último tipo es muy frecuente el aumento de la dosis de analgésicos sin eficacia.

- **Según su localización:** encontramos el **somático** y el **visceral**. El primero, se produce por la excitación anormal de los nociceptores somáticos, ya sean superficiales o profundos (piel, vasos, sistema músculo-esquelético...). Suele ser un dolor localizado, punzante y que puede irradiar siguiendo los trayectos nerviosos. El más frecuente es el producido por las metástasis óseas. El segundo, se produce también por una excitación anormal, pero en este caso, de los nociceptores viscerales. Es difícil de localizar, continuo, profundo y puede irradiarse a zonas lejanas del lugar de origen. Un ejemplo serían los dolores de tipo cólico y las metástasis hepáticas. **El dolor somático debe incluir un tratamiento con un antiinflamatorio no esteroideo (AINE) y el visceral responde a los opioides.**
- **Según su curso:** encontramos el **continuo**, que es aquel que persiste a lo largo del día sin desaparecer, y el **irruptivo**, que es una exacerbación transitoria del dolor. El **dolor incidental** es un subtipo del dolor irruptivo y es debido al movimiento o a alguna acción voluntaria del paciente.
- **Según la intensidad:** encontramos el **leve**, el **moderado** y el **severo**. Ante el primero, el paciente puede realizar sus actividades habituales, ante el segundo, estas se ven interferidas y se requiere de un tratamiento con opioides menores y ante el tercero, el paciente tiene dificultades para descansar, precisando de opioides mayores.
- **Según la farmacología:** encontramos que puede haber una **buena respuesta a los opiáceos** (dolores viscerales y somáticos), que el dolor puede ser **parcialmente sensible** a estos (dolor óseo y dolor por compresión de los nervios periféricos) o que puede ser **escasamente sensible** a estos (dolor por espasmo de la musculatura estriada o por infiltración-destrucción de los nervios periféricos). Ante un dolor óseo es útil asociar un AINE, mientras que cuando hay una compresión de los nervios periféricos es conveniente asociar un esteroide. Por otro lado, cuando hay una infiltración-destrucción de los nervios periféricos, el paciente suele responder a antidepresivos o anti-convulsionantes.
- **Según factores pronósticos:** aquí encontramos el **dolor difícil**, que es aquel que no responde a la estrategia analgésica habitual (escala analgésica de la OMS). El

*Edmonton Staging System* lo divide en estadio I (buen pronóstico) y estadio II (mal pronóstico). Un dolor de buen pronóstico es aquel que es visceral, óseo o de partes blandas, que ha precisado de una escalada lenta de opioides y que no es irruptivo. Por otro lado, el dolor neuropático, mixto o de causa desconocida, que es irruptivo y que ha precisado de una escalada rápida de la dosis de opioides es de mal pronóstico. En último lugar, la presencia de *distress* emocional y los antecedentes de enolismo y/o de adicción a drogas también son factores de mal pronóstico.



Figura 3. Esquema de los diferentes tipos de dolor



## EVALUACIÓN DEL DOLOR

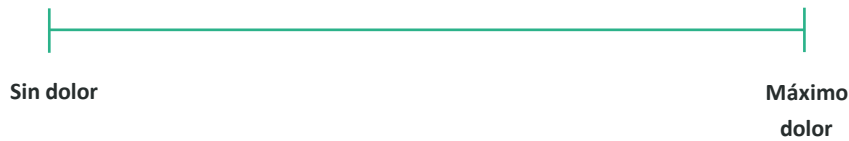
Los objetivos de la evaluación psicológica del dolor según Olivares y Cruzado (2008) son los siguientes:

1. Establecer la **localización** del dolor, su **intensidad**, **frecuencia** y la **cronología temporal**, es decir, la duración y cómo ha variado a lo largo del tiempo.
2. Realizar un **análisis funcional**:
  - a. Ver la reacción del sujeto ante el dolor. Exploraremos **cómo está emocionalmente** (si refiere ansiedad, depresión, ira u otros y cuál es su percepción de bienestar), **qué cogniciones presenta** (creencias, atribuciones, significado que le otorga, auto-instrucciones, expectativas y variables culturales que puedan estar influyendo) y **qué conductas realiza** (quejas, ingesta de medicación, tratamientos alternativos...). Es importante valorar, también, los tratamientos previos que ha realizado (Ibáñez, 2020).
  - b. Explorar los **antecedentes internos y externos** que hacen que la experiencia del dolor aumente o disminuya. Tenemos que poner especial atención a la historia familiar y personal con el dolor (¿cómo se ha vivido el dolor en su casa?) (Ibáñez, 2020).
  - c. Determinar los **consecuentes** a corto y largo plazo de las conductas y experiencia del dolor. Es importante tener en cuenta distintos ámbitos: personal, familiar, social, laboral, doméstico y ocio.
3. Valorar el **grado de adaptación al dolor** (estado emocional, afrontamiento, funcionamiento físico, social, de pareja y familiar).
4. Ver y mostrar al paciente qué rol tienen los factores psicológicos en la etiología, el mantenimiento e incluso la exacerbación del dolor.
5. Llevar a cabo la **formulación** del caso para ver las variables causales que se pueden modificar.
6. Realizar un **diagnóstico** psicopatológico si es pertinente.
7. **Pronóstico (con y sin tratamiento)**.
8. Diseñar un **plan de tratamiento (preferiblemente con un equipo interdisciplinar)** y decidir cómo se va a **evaluar su resultado**.

Vemos, pues, que para obtener toda esta información podemos hacer uso de la **entrevista**. Existen, no obstante, otros métodos para evaluar el dolor como las **escalas visuales analógicas y categoriales**, los **autorregistros**, la **observación**, los **cuestionarios** y la **evaluación psicofisiológica**.

## Escalas visuales analógicas y categoriales

### Escala analógica visual (EVA)



Es una línea horizontal que mide 10 centímetros. Se le pide al paciente que indique en la línea el punto dónde estaría la intensidad de su dolor. Posteriormente, lo mediríamos con una regla.

Existen escalas analógicas visuales con caras, colores o donde aparecen todos los números del 0 al 10. La clave está en que el paciente debe de tener movilidad para señalarte en qué punto de la recta se encuentra su dolor.

### Escala numérica (EN)

La principal ventaja de esta escala es que se puede administrar oralmente, preguntándole al paciente cuál es la intensidad de su dolor del 0 al 10, siendo 0 la ausencia de este y 10 la mayor intensidad de dolor imaginable. Otra ventaja de esta escala es que entrena al paciente y se puede usar, posteriormente, con cualquier síntoma (ansiedad, fatiga...).

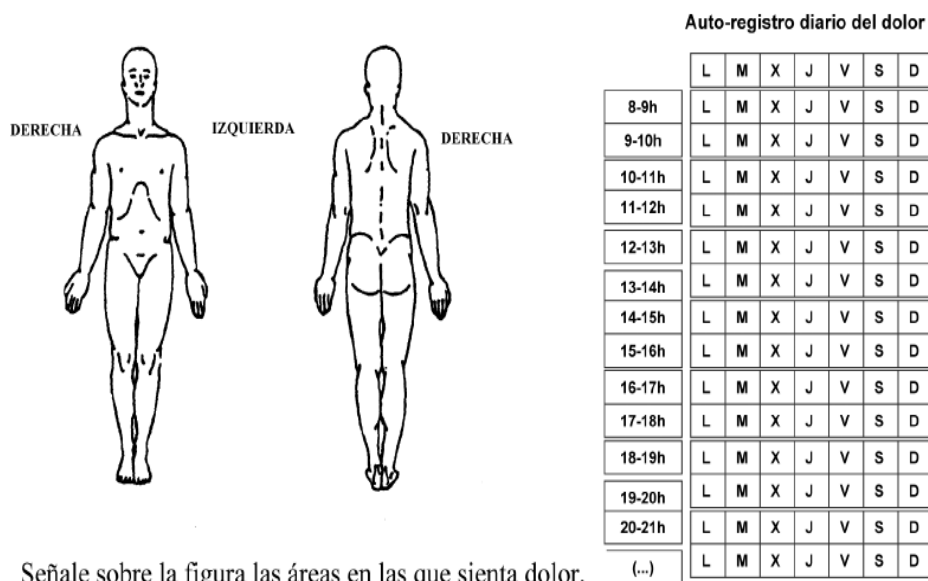
### Escala categórica (EC)

No es la más usada, la emplearíamos si el paciente no fuera capaz de cuantificar su dolor con las otras dos escalas. Se establece una asociación entre categorías y un equivalente numérico:

0 (nada de dolor)      4 (un poco de dolor)      6 (bastante dolor)      10 (mucho dolor)

## Autorregistros

Los autorregistros, como cualquier otro instrumento, tienen sus ventajas y sus inconvenientes. Entre sus ventajas encontramos su elevada validez ecológica, permitiéndonos evaluar el dolor en diferentes momentos y situaciones sin estar sometidos a los sesgos retrospectivos. Entre sus inconvenientes se encuentra la reactividad del sujeto debida a la atención sostenida al dolor (Olivares y Cruzado, 2008). A continuación, se muestran un ejemplo de autorregistro y un ejemplo de registro del dolor. El primero sería útil para un paciente ambulatorio (ver figura 4), mientras que el segundo lo podríamos emplear si tenemos a un paciente en planta que nos derivan por difícil manejo del dolor (ver tabla 2).



| Fecha | Hora | Dónde y con quién estoy | Qué me preocupa | Qué siento | Qué pienso | Qué hago | Cómo reacciona quien está conmigo |
|-------|------|-------------------------|-----------------|------------|------------|----------|-----------------------------------|
|       |      |                         |                 |            |            |          |                                   |

-Auto-registro de relaciones funcionales entre conductas y su contexto en que ocurren

*Figura 4.* Modelos de autorregistro del dolor (autorregistro diario y autorregistro de relaciones funcionales). Tomado de Olivares y Cruzado (2008).

Tabla 2.

*Modelo de registro del dolor para un paciente ingresado*

| Registro del dolor             | Al ingreso | Al alta |
|--------------------------------|------------|---------|
| Ubicación                      |            |         |
| Tipo                           |            |         |
| Intensidad (0-10)              |            |         |
| Estado de ánimo                |            |         |
| Ansiedad (0-10)                |            |         |
| Significado que da al dolor    |            |         |
| Cogniciones asociadas          |            |         |
| Percepción de bienestar (0-10) |            |         |
| Apoyo social                   |            |         |

Nota. Adaptado de Ibáñez (2020)

## Observación

No podemos olvidarnos de la importancia de la observación. Cuando un paciente refiere dolor, tendremos que fijarnos en sus expresiones faciales o verbales de malestar, en su postura corporal, en si evita realizar ciertos movimientos o actividades, en si usa o no estrategias para aliviarlo (deambular, sentarse o levantarse de una determinada manera, ponerse las manos en la zona para dar calor...).

## Evaluación psicofisiológica

Cuando las personas referimos dolor, este suele ir acompañado de respuestas psicofisiológicas como un aumento de la tasa cardíaca o de la tensión muscular. Es más, las respuestas psicofisiológicas al estrés, como el aumento de la tensión muscular, pueden ser las causantes del dolor. Por esta razón es importante valorar las respuestas psicofisiológicas. Esta evaluación nos permitirá ver la pertinencia de realizar tratamientos como el *biofeedback* (Olivares y Cruzado, 2008).

## Cuestionarios

La evaluación del dolor incluye más que la medición del dolor en sí. Olivares y Cruzado (2009) proponen el uso de diferentes tipos de cuestionarios: propios del dolor, de afrontamiento, de funcionalidad y calidad de vida y de indicadores psicopatológicos. A estos añadiremos cuestionarios específicos para el dolor irruptivo y el dolor neuropático.



Aquellos cuestionarios más usados, incluirán una imagen, que al pincharla llevará al lector a una web donde podrá encontrar el test.

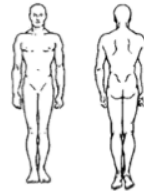
## 1) Cuestionarios generales de evaluación del dolor

**Cuestionario del dolor de McGill (McGill Pain Questionnaire, MPQ; Melzack, 1975, versión española de Lázaro et al., 1994)**

- Cuatro partes:
  - o Primera parte: dos figuras humanas para marcar la localización del dolor
  - o Segunda parte: 78 adjetivos agrupados en 20 grupos. El sujeto tiene que escoger la palabra de cada grupo que mejor defina el dolor que padece
  - o Tercera parte: cambios que experimenta el dolor. El sujeto tiene que escoger las palabras que describan el patrón que sigue su dolor
  - o Cuarta parte: intensidad del dolor (escala tipo Likert del 1 al 4)
- Críticas: el tiempo de aplicación es largo, sobre todo para una persona con dolor (10-20min), los adjetivos pueden ser interpretados de diferentes maneras y falta una categoría de no dolor

\*Existe una versión abreviada del MPQ (*Short-Form SF-MPQ*, Melzack, 1987)

**PINCHAR IMAGEN PARA VER TEST (pág. 34)**



**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         | 2         | 3          | 4         |
| Aletea    | Brinco    | Pincha     | Agudo     |
| Tiembra   | Destello  | Perfora    | Cortante  |
| Late      | Disparo   | Taladra    | Lacerante |
| Palpita   |           | Apuñala    |           |
| Golpea    |           | Lancinante |           |
| Martillea |           |            |           |
| 5         | 6         | 7          | 8         |
| Pellizca  | Tira      | Calienta   | Hormigueo |
| Aprieta   | Tracciona | Quema      | Picor     |
| Roe       | Arranca   | Escalda    | Escozor   |
| Acalambra |           | Abrasa     | Agujoneo  |
| Aplasta   |           |            |           |

**Inventario Breve del Dolor (Brief Pain Inventory, BPI; Cleeland y Ryan, 1994, versión española de Badía et al., 2003)**

Mide la presencia e intensidad del dolor en el momento actual y en las últimas 24h, así como el peor nivel de dolor en las últimas 24h y su interferencia en la actividad, estado anímico, capacidad para andar, trabajar, relacionarse y disfrutar de la vida

**PINCHAR IMAGEN PARA VER TEST**

**Cuestionario Breve para la Evaluación del Dolor**

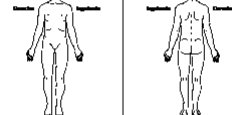
Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

1. ¿Dónde le duele el dolor? Marque con una X el lugar del dolor. Marque con una X el lugar del dolor.

1. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. ¿Interfiere el dolor con su actividad? Marque con una X el grado de interferencia.



3. ¿El dolor le impide realizar sus actividades? Marque con una X el grado de interferencia.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. ¿El dolor le impide realizar sus actividades? Marque con una X el grado de interferencia.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. ¿El dolor le impide realizar sus actividades? Marque con una X el grado de interferencia.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Inventario Multidimensional del Dolor**  
*(West-Haven Yale. Multidimensional Pain Inventory, MPI; Kerns et al., 1985, versión española de Andreu et al., 2006)*

- 52 ítems.
- 3 secciones:
  - o Percepción del dolor e impacto del dolor en la vida (interferencia, apoyo percibido, severidad del dolor, autocontrol y estado de ánimo negativo)
  - o Respuesta de los otros a la comunicación del dolor
  - o Actividad en la vida diaria

**PINCHAR IMAGEN PARA VER TEST (pág. 22)**

**INVENTARIO MULTIDIMENSIONAL DE DOLOR (WHYMPI)**

**PARTE I**  
 En las siguientes 20 preguntas le pedimos que describa su dolor y cómo éste afecta a su vida. Detrás de cada una verá una escala de 0 a 6 para que anote su respuesta. Lea atentamente cada pregunta y rodee con un círculo un número que refleje el grado en que es aplicable a usted lo que se indica en la pregunta. Marque el ejemplo.

„Cuan cuanta frecuencia lee el periódico?”  
 0 1 2 3 4 5 6  
 Nunca. Distintamente

Si usted **anunca** lee el periódico, deberá rodear con un círculo el número 0. Si lo lee **distintamente**, deberá rodear el número 6. Es decir, los números más bajos expresan poca frecuencia de lectura y los más altos indican una lectura más frecuente.

1. Puntúa la intensidad de su dolor en este momento  
 0 1 2 3 4 5 6  
 Nada. Muy intenso

2. En general, ¿en qué medida interfiere el dolor en sus actividades cotidianas?  
 0 1 2 3 4 5 6  
 Nada. Mucho

3. Desde que usted padece un problema de dolor, ¿cuánto ha cambiado su capacidad para trabajar?  
 0 1 2 3 4 5 6  
 Nada. Mucho

4. Marque una cruz en la línea si está retirado del trabajo por razones distintas de su problema de dolor.

5. ¿Hasta qué punto ha cambiado su dolor la satisfacción que obtiene de sus actividades sociales y de recreo?  
 0 1 2 3 4 5 6  
 Nada. Mucho

**2) Cuestionarios específicos para el dolor irruptivo y el dolor neuropático**

**DNA4 screening del dolor neuropático**  
*(Bouhassira et al., 2005, versión española de Pérez et al., 2007)*

Por cada respuesta positiva se asigna un punto, por cada respuesta negativa ninguno. Se suman los puntos. Si la puntuación obtenida es mayor o igual a 4 se considera que hay dolor neuropático

**PINCHAR IMAGEN PARA VER TEST**

**Intervista**

Pregunta 1: ¿Cree el dolor una o más de las siguientes características?

|                        | SI | NO |
|------------------------|----|----|
| 1. Quemado             |    |    |
| 2. Frio/doloroso       |    |    |
| 3. Cambios sensoriales |    |    |

Pregunta 2: ¿Qué asoció al dolor con uno o más de las siguientes síntomas en la misma zona?

|                      |  |
|----------------------|--|
| 4. Intermisión       |  |
| 5. Afloró y agigantó |  |
| 6. Entumecimientos   |  |
| 7. Picazón           |  |

**Examen físico**

Pregunta 3: ¿Qué el dolor localizado en una zona donde el examen físico puede mostrar una o más de las siguientes características?

|                          |  |
|--------------------------|--|
| 8. Hiperemia al tacto    |  |
| 9. Hiperemia a pinchazos |  |

Pregunta 4: Si de la zona dolorosa, el dolor se localizó e incrementó por:

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| 10. Expósito fuera de la piel |  |
|-------------------------------|--|

Por cada respuesta positiva asigna un punto, por cada respuesta negativa asigna un valor de 0 puntos. Suma los puntos. Si el mayor o igual a 4 se considera que hay dolor neuropático

Puntuación del paciente:      / 10

**BAT instrumento de evaluación del dolor irruptivo**  
*(Webber, Davies, Zeppetella y Cowie, 2014)*

Incluye 14 preguntas sobre la localización del dolor, su frecuencia, origen, duración, intensidad, la manera de aliviarlo y sobre la eficacia de su tratamiento

**PINCHAR IMAGEN PARA VER TEST (pág. 38)**

**Brief Pain Assessment Tool (BAT)**

Las siguientes preguntas están relacionadas con el dolor irruptivo que ha padecido durante el último semana. El dolor irruptivo hace referencia a los aumentos de corta duración de su dolor crónico.

1. ¿Dónde se localiza su dolor irruptivo?  
 Por favor, indique en la imagen con una cruz (X)

2. ¿Con qué frecuencia tiene dolor irruptivo?  
 Por favor, marque la respuesta.

| Frecuencia de días por día | 1-2 veces al día | 3-4 veces al día | Más de 4 veces al día |
|----------------------------|------------------|------------------|-----------------------|
| 0                          | 1                | 2                | 3                     |

3. ¿Hay algo que provoca o desencadena su dolor irruptivo?  
 Si es así, por favor escriba cómo.

4. ¿Hay algo que alivia su dolor irruptivo? (analgésicos u otros).  
 Si es así, por favor escriba cómo.

5. ¿Cuál es la duración de un episodio típico de dolor irruptivo?  
 Por favor, marque la respuesta.

| 0 min | 0-15 min | 15-30 min | 30-60 min | > 60 min |
|-------|----------|-----------|-----------|----------|
| 0     | 1        | 2         | 3         | 4        |

6. ¿Cuál es la intensidad del peor episodio de su dolor irruptivo?  
 Por favor, marque la respuesta.

| 0    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| Nada |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 10 |
|      |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 10 |

7. ¿Cuál es la intensidad de un episodio típico de su dolor irruptivo?  
 Por favor, marque la respuesta.

| 0    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| Nada |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 10 |
|      |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 10 |

### 3) Cuestionarios para medir el afrontamiento

El afrontamiento es definido como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales, en continuo cambio, que el sujeto desarrolla para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes teniendo en cuenta los propios recursos (Lazarus y Folkman, 1984, citados en Soriano y Monsalve, 2004).

Es muy importante, pues, evaluar cómo el paciente se enfrenta al dolor, cuáles son sus herramientas y estrategias: desviar la atención, rezar, emplear autoinstrucciones, quejarse, buscar información, practicar algún tipo de relajación... Esto nos dará información sobre cómo orientar el tratamiento.

Tres de los cuestionarios más empleados y citados en la literatura para valorar el afrontamiento del dolor son los siguientes (Olivares y Cruzado, 2008): (1) **Vanderbilt Pain Management Inventory** (VPMI; Brown y Nicassio, 1987, versión española de Esteve, López y Ramírez, 1999); (2) **Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento** (*Coping Strategies Questionnaire*, CSQ; Rosentiel y Keefe, 1983, versión española de Soriano y Monsalve, 1999); (3) **Cuestionario de Afrontamiento al Dolor** (CAD; Soriano y Monsalve, 2002) y **Cuestionario de Afrontamiento al Dolor Reducido** (CAD-R; Soriano y Monsalve, 2004).

### 4) Cuestionarios para medir funcionamiento físico y calidad de vida

No podemos olvidarnos de la importancia de evaluar el funcionamiento físico y la calidad de vida de cualquier paciente oncológico, pero especialmente de aquel que refiere dolor, porque es muy probable que éstos dos ámbitos se encuentren mermados.

El grupo IMMPACT (Dworkin et al., 2005, citados en Olivares y Cruzado, 2008) recomienda emplear la **escala de interferencia del MPI** o los **ítems de interferencia del BPI** en caso de no disponer de una medida bien establecida. De todos modos, la calidad de vida de modo genérico podría evaluarse mediante el **SF-36** (Vilagut et al., 2005).

Para más información sobre cómo evaluar el funcionamiento físico y la calidad de vida en pacientes oncológicos, ver el documento "Evaluación Psicológica" disponible en la página web.

### 5) Cuestionarios para medir indicadores psicopatológicos

El dolor suele ir asociado a síntomas de depresión, ansiedad, ira e irritabilidad, o a trastornos psicopatológicos. La evaluación de la depresión en pacientes oncológicos y con dolor es un desafío, debido a que muchos de sus síntomas son consecuencia de la propia

enfermedad o dolor o de sus tratamientos médicos (Gallagher y Verma, 2004, citados en Olivares y Cruzado, 2008). Del mismo modo, tal y como se ha comentado anteriormente, la ansiedad puede aumentar la tensión muscular y la activación fisiológica que a su vez retroalimentan el dolor.

Sin entrar en mucho detalle, puesto que existe un documento específico de evaluación en esta página web, los cuestionarios más empleados son los siguientes: **Inventario de Depresión de Beck** (BDI-II; Beck et al., 1996; versión española de Sanz et al., 2003); **Escala de Desesperanza de Beck** (*Beck Hopelessness Scale*, BHS, Beck et al., 1974; versión española de Aguilar et al., 1995); **Escala de Ideación Suicida** (*Scale for Suicide Ideation*, SSI, Beck et al., 1979) e **Inventario de Ansiedad de Beck** (*Beck Anxiety Inventory*, BAI, Beck et al., 1988; versión española de Sanz y Navarro, 2003).

Por otro lado, podemos hacer una evaluación rápida de posibles diagnósticos psicopatológicos empleando la **Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional** (*International Neuropsychiatric Interview*, MINI; versión española de Ferrando et al., 1998).

Para finalizar el apartado de evaluación, cabe mencionar que, aunque es importante disponer de distintos informantes, en este caso hay que tener en cuenta que los familiares suelen informar de grados más altos de dolor que el propio paciente y que cuando el dolor es moderado o grave, a diferencia de lo que ocurre cuando es leve, el acuerdo entre lo que refieren las enfermeras y lo que refiere el paciente es precario (Acevedo, 2009).



## ABORDAJE FARMACOLÓGICO

El tratamiento del dolor oncológico se realiza mediante el uso de analgésicos y co-analgésicos siguiendo la escala analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (*ver figura 5*). Mediante esta, se puede obtener un buen control del dolor en alrededor del 80% de los casos (Puebla Díaz, 2005).

Existen unas normas de uso de la escala analgésica. Sin querer entrar en mucho detalle, es importante decir que para usarla es necesario cuantificar la intensidad del dolor mediante, por ejemplo, la EVA.

En primer lugar, se prescriben los analgésicos del primer escalón y ante su falta de eficacia, se pasa al segundo (y así, sucesivamente). Esto es así porque, en general, si hay un fallo en un escalón, el hecho de cambiar el fármaco prescrito por otro del mismo escalón no tiene porque mejorar la analgesia (a excepción del escalón 3). Destacar, además, que es de vital importancia no mezclar los opioides débiles con los potentes y tener en cuenta que la prescripción de co-analgésicos se basa en la causa del dolor y que, por ello, deben mantenerse en caso de subir de escalón (Puebla Díaz, 2005).

En último lugar, es útil hablar un poco de los fármacos que aparecen en la escalera:

- En el **primer escalón** encontramos fármacos como el **ácido acetilsalicílico (Aspirina® y ASS®)**, el **paracetamol (Gelocatil®, Termalgín® y Efferalgan®)** u otros analgésicos antiinflamatorios no esteroideos (**AINE**). Los AINE tienen una actividad analgésica, antipirética y antiinflamatoria y reducen los signos y los síntomas de la inflamación, pero no su causa (Robles, 2018). Es importante saber que presentan un techo terapéutico, es decir, a mayor dosis aumenta la toxicidad, pero no la analgesia.
- En el **segundo escalón** encontramos la **codeína** y el **tramadol**. Los opiáceos, a diferencia de los analgésicos no opioides que ejercen su acción en la periferia, actúan a través de los receptores en el sistema nervioso central.
- En el **tercer escalón** se encuentran la **morfina**, el **fentanilo** y la **oxicodona**, que son agonistas puros y no tienen techo analgésico a diferencia de la **buprenorfina**, que es un agonista parcial. La **metadona**, por su lado, es el opioide de elección para el dolor neuropático (Robles, 2018).

- En el **cuarto escalón** se incluyen procedimientos como la **analgesia continua espinal o epidural**, el **bloqueo de los nervios periféricos** y el **bloqueo simpático**, entre otros.
- Por último, es importante hablar de los **coanalgésicos**. Estos son medicamentos que se pueden utilizar junto a otros de los distintos escalones: **corticoides**, **antidepresivos**, **anticonvulsionantes** y **fenotiazinas**. Los corticoides aumentan la sensación de bienestar y se emplean como analgésicos cuando hay un aumento de la presión intracraneal, compresión medular o nerviosa y grandes masas tumorales. Los tres restantes se suelen utilizar en algunos casos de dolor neuropático y dolores resistentes de cabeza y cuello (Sociedad Española de Cuidados Paliativos, 2014).

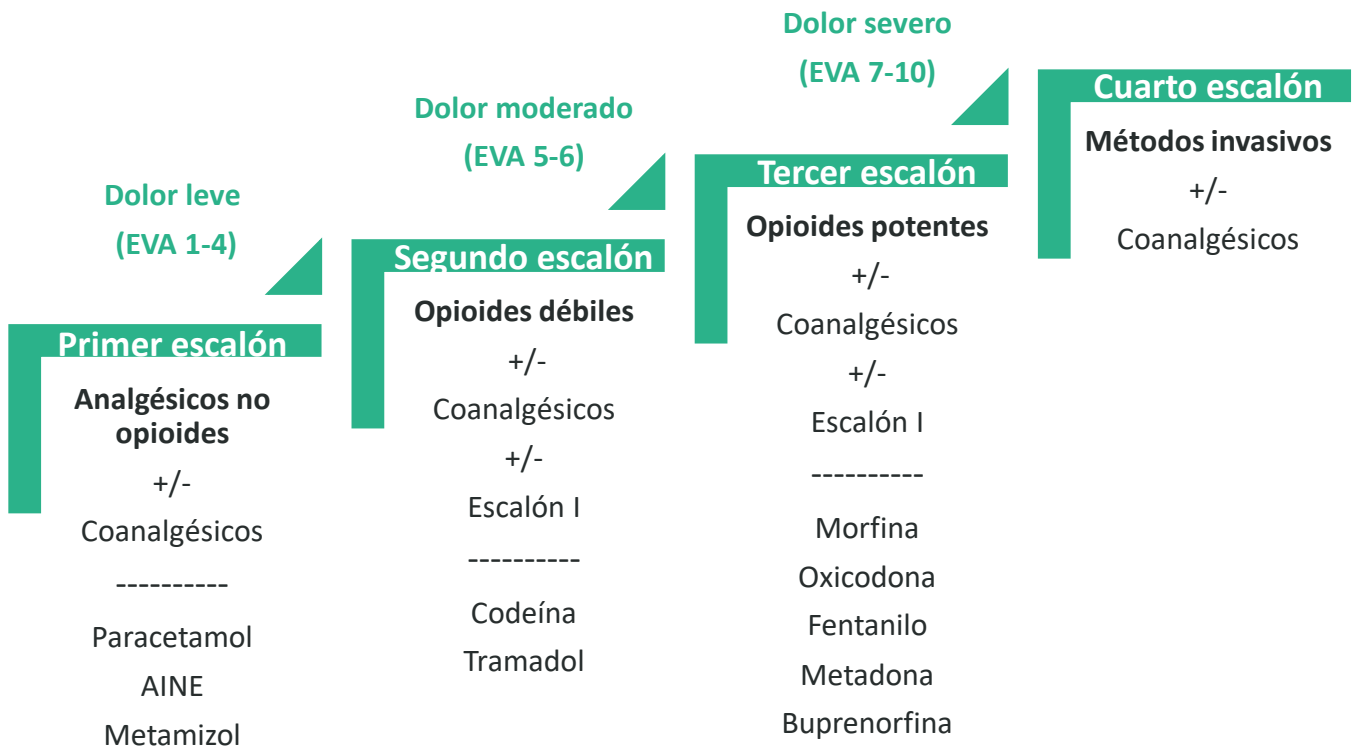


Figura 5. Escala analgésica de la OMS

## ABORDAJE PSICOLÓGICO

En primer lugar, es importante hablar de **tres mitos** que presentan frecuentemente los pacientes oncológicos: **“El cáncer siempre duele”, “La morfina te la dan cuando vas a morir” y “Si le damos morfina se va a hacer adicto”**.

Es importante explicar a nuestros pacientes que el cáncer no tiene por qué doler, que la aparición del dolor depende de la zona donde se encuentre el tumor. Es crucial añadir, además, que hoy en día se dispone de muchas opciones de tratamiento para hacerle frente. Una de estas opciones es el empleo de morfina, que si bien es cierto que se utiliza cuando otros medicamentos no han conseguido paliar el dolor, no lo es que sólo se administre en los últimos momentos de la enfermedad (Asociación Española Contra el Cáncer, 2019).

En cuanto al último mito, cabe decir que también es falso. Tal y como indica el doctor Daniel González (2011), a diferencia del consumo de opioides que hacen las personas drogodependientes, el paciente oncológico que toma morfina lo hace porque tiene dolor y el fármaco va a ir a contrarrestarlo. No hay riesgo de adicción, pues, porque el paciente no está buscando evadirse y tener sensaciones placenteras. Es por eso que, cuando se suspende el tratamiento porque el dolor ha desaparecido, no es necesario ingresar al paciente en una unidad de desintoxicación. Lo que sí será necesario es retirar el fármaco de manera progresiva, igual que con los corticoides o las benzodiacepinas.

A continuación, se hablará de las diferentes técnicas psicológicas que se pueden emplear para abordar el dolor:

- 1) **Psicoeducación.** Es importante dar información sobre el dolor y sus componentes. Una buena psicoeducación puede ayudar controlar la intensidad del dolor, mejorar la predisposición de los pacientes a tomar medicación y disminuir su miedo a la adicción (Monsalve, Gómez-Carretero y Soriano, 2006). En el caso de pacientes que van a pasar por pruebas diagnósticas dolorosas o por intervenciones quirúrgicas es importante dar **información tanto sensorial como procedimental**. La intención de la información es reducir las expectativas no realistas que generan ansiedad y aumentan la sensación de dolor.
- 2) **Técnicas de relajación y relacionadas.** Se puede usar la **respiración diafragmática**, siendo esta la más fácil de aprender, la **relajación muscular progresiva de Jacobson**, la **visualización guiada** y la **hipnosis**. De todas ellas, exceptuando la hipnosis, que requiere de un entrenamiento específico, se hablará en el documento de la página web titulado “Técnicas de desactivación”. Es importante destacar que la hipnosis añade sugerencias

para inducir analgesia o transformar el dolor en una sensación no dolorosa. No obstante, es interesante saber que mediante la visualización guiada se pueden realizar algunas sugerencias. Por ejemplo, en el caso de que el paciente esté visualizando una playa, podemos decirle que el agua del mar es como una gran piscina analgésica, que el sol derrite toda la tensión que hay en sus hombros o que la brisa marina refresca la sensación de ardor/quemazón que tiene. De hecho, sería muy interesante añadir frases independientemente del tipo de técnica de desactivación empleada, como la siguiente: *“cada vez que respires vas a ir sintiéndote más aliviado, como si las sensaciones fueran cada vez más pequeñas...”*. En pacientes que van a someterse a alguna prueba diagnóstica o cirugía estas técnicas pueden ser usadas para disminuir el *distress* anticipatorio y para reducir, consecuentemente, la respuesta al dolor, pero son más eficaces cuando los pacientes las pueden emplear durante la exposición al estímulo doloroso (Hadjistavropoulos y Craig, 2004).

- 3) **Estrategias cognitivas.** Recomiendan el empleo de varias: la **distracción/redirección de la atención** (empleando estímulos visuales, auditivos o tareas mentales o conductuales) y la reestructuración cognitiva (por ejemplo, podríamos trabajar el pensamiento dicotómico de “con este dolor no puedo hacer nada”). Destaca aquí, la **reevaluación de las sensaciones** (enseñando al sujeto a atender al dolor, pero a analizarlo de manera objetiva como si tuviera que describirlo, eliminando el componente afectivo negativo asociado a éste) (Ibáñez, 2020). En la reevaluación de las sensaciones pasaríamos de una frase como *“es un dolor insufrible y horroroso”* a una como *“es una sensación punzante”*. Por último, las **autoverbalizaciones de afrontamiento positivas** para reducir las cogniciones catastrofistas serían de ayuda (*“Yo puedo, irá bien, terminará pronto”*) en el caso de tener que exponernos a un estímulo doloroso, por ejemplo, una punción lumbar (Hadjistavropoulos y Craig, 2004).
- 4) **Solución de problemas.** Esta estrategia cognitivo-conductual es importante porque a veces la experiencia de dolor nos impide ver la solución a algunos problemas (Moix y Kovacs, 2009). Para ver más información sobre esta técnica, consultar el apartado de la página web “Terapias cognitivo-conductuales”.
- 5) **Manejo de emociones y asertividad.** Moix y Kovacs (2009) hablan de la necesidad de distanciarse de las emociones desagradables debido al hecho de no poder deshacernos de ellas. Tenemos que aceptarlas, no evitarlas, negarlas o intentar controlarlas.

Para hacer ver a los pacientes la diferencia entre aceptar y controlar las emociones utilizan la metáfora de “Bienvenidos todos y el invitado grosero” (Wilson y Luciano, 2002, citados en Moix y Kovacs, 2009). La metáfora consiste en imaginarse que vamos a celebrar la fiesta de nuestras vidas y que en la comunidad donde vivimos obligan a poner un cartel que diga “bienvenidos todos” (uno no puede deshacerse del dolor o las emociones desagradables) para poder celebrarla. Aunque no muy convencidos, lo

ponemos y antes de poder empezar a disfrutar de la fiesta (nuestra vida), aparece un invitado grosero, maleducado y que huele mal (el dolor o las emociones). Nos disponemos a echarle, pero nos acordamos de que no podemos por el cartel. Pensamos en la idea de encerrarle en una habitación, pero entonces tendríamos que vigilar que no escapara, así que le vamos llevando dirección a la puerta de salida y nos quedamos ahí para vigilar que no moleste. Si queremos que no moleste, tenemos que ser su guardián y, aun así, a veces se nos escapará y le tendremos que perseguir. Si hacemos esto, lo que pasa es que nos perdemos la fiesta, no la disfrutamos. En este caso, la mejor manera de cerrar la puerta al invitado (al dolor) es dejándola abierta porque así, no solo pasará todo aquello que consideramos desagradable, sino también todo aquello importante en nuestras vidas.

Por lo que se refiere a la asertividad, es importante entrenarla. Muchas veces tendrán que comunicar a las personas de su alrededor que por el dolor no pueden hacer las tareas o que se sienten incomprendidos y es necesario que lo hagan de una manera asertiva y no agresiva o inhibida. La asertividad les ayudará, pues, a resolver una situación problemática expresando sus pensamientos, emociones y derechos teniendo en cuenta los del otro interlocutor. Además, ser asertivo les permitirá evitar la sensación de soledad, la cual agrava la percepción de dolor (Ibáñez, 2020).

6) **Valores y establecimiento de objetivos.** Moix y Kovacs (2009) emplean la siguiente metáfora:

*“Imagínate que tienes un jardín y que tú lo cuidas, eres el jardinero. Imagínate que las plantas del jardín simbolizan lo que quieres en la vida. Observa tu jardín y mira qué plantas tienes y cuáles están más cuidadas y cuáles más mustias. ¿Riegas las plantas? ¿Hay alguna zona del jardín abandonada? Seguro que como en todos los jardines aparecerán malas hierbas. ¿Qué haces con ellas? Algunas personas dedican tanto tiempo a hacerlas desaparecer que olvidan el resto del jardín. ¿Cuáles son tus malas hierbas, tus temores, inseguridades o confusiones? Es importante saber que todos los jardines las tienen y que es más importante dedicar tiempo a las plantas que a las malas hierbas. ¿Cómo te gustaría que fuera tu jardín? Mucha gente riega una planta que ni siquiera le gusta y no planta semillas nuevas... Otros imitan los jardines de los demás sin ser realmente el tipo de jardín que a ellos les gustaría tener. ¿Realmente tienes las plantas que te gustaría tener? ¿De qué depende que cuides tu jardín? ¿Hay días en que lo cuides más y otros en que menos? Igual los días que estás más animado le prestas más atención... Recuerda que un jardín requiere constancia, ¿qué pasaría con él si solo lo cuidáramos cuando estamos de humor? También es importante recordar que las plantas crecen lentamente... Algunos jardineros se desesperan con esto, se impacientan, y acaban descuidando el jardín. Y entonces no obtienen ninguna planta. ¿Te ha pasado? Otra cosa habitual es tener la expectativa de que crezca una planta y que esta crezca un poco diferente. ¿Te dejas sorprender y disfrutas de estas sorpresas o crees que por ello no has realizado bien tu labor o que deberías de haber plantado otra? ¿Tienes tiempo para todas las plantas del jardín? Suele pasar que hay jardineros que tienen demasiadas plantas y que se olvidan de que el día tiene 24h. Otros dedican su tiempo a una sola planta, pero ¿qué pasaría si ésta se muriera o dejara de gustarle?”*

Con esta metáfora se consigue ver, entre otras cosas, cuáles son los valores del paciente, qué le importa y si hay una coherencia entre estos y las conductas que realiza.

Una vez sabemos qué jardín queremos tener y cómo tenemos que cuidarlo pasaremos a establecer objetivos. Siguiendo con la metáfora, se trata de fijarnos propósitos que nos conviertan en los mejores jardineros: “¿Qué tengo que hacer para conseguir mi objetivo? ¿Tengo que modificar algo de lo que estoy haciendo? ¿Puedo contar con ayuda?”

- 7) **Organización del tiempo e inclusión en este de actividades placenteras.** Es muy habitual que debido al dolor el paciente necesite emplear más tiempo para realizar aquello que hacía con anterioridad (Moix y Kovacs, 2009). Es por ello que a veces suele ser necesario entrenarles (por ejemplo, con el método de Eindhoven). Para ver más información sobre este método, consultar el apartado de la página web “Terapias cognitivo-conductuales”.
  
- 8) **Ejercicio físico e higiene del sueño.** Es de vital importancia atender a factores como el sueño (no solo en cantidad, sino en calidad) puesto que el insomnio aumenta la percepción del dolor. También es importante destacar que la inactividad lleva a un deterioro a nivel físico (debilitamiento de los músculos) y en consecuencia a un aumento del dolor. Es importante planificar cierto grado de actividad que el paciente pueda hacer sin llevar su cuerpo al límite, respetando siempre los ciclos de actividad-descanso. Igual de importante es hacer ver a aquellos pacientes que presentan una sobreactividad la necesidad de ajustarla (Moix y Kovacs, 2009).

Todos estos componentes son los que podrían componer una buena **terapia cognitivo-conductual para el dolor**.

En los casos en los que el problema del paciente se ha convertido en una conducta operante del dolor (Amigo, 2014) hay que tener en cuenta las **técnicas operantes**. Aunque no es tan frecuente verlo en pacientes oncológicos *per se*, estas técnicas resultan muy útiles en pacientes oncológicos que presentan una historia de dolor crónico (por ejemplo, fibromialgia). El tratamiento operante incluye varios ingredientes (Hadjistavropoulos y Craig, 2004): (a) prevención de las respuestas de escape y evitación; (b) refuerzo negativo y positivo para incrementar las conductas que interesan (por ejemplo, ejercicio físico, ocio y tiempo de vigilia); (3) modelar o cambiar gradualmente las conductas que nos interesan, haciéndolas de manera moderada y no siguiendo un criterio de tolerancia, es decir, manejar el nivel de actividad; (4) eliminar o reducir los factores que mantienen la conducta de dolor como los refuerzos económicos, la atención social y la evitación de responsabilidades; (5) asegurar que la medicación no sea contingente al dolor y se convierta en un refuerzo positivo de éste, es decir, garantizar la adherencia al tratamiento siguiendo un criterio temporal (“*me tomo la medicación cada 5 horas, no cada vez que tengo dolor*”).

Con todo lo mencionado anteriormente, se puede ver la importancia de hacer una **intervención a nivel familiar**, sobre todo con el cuidador principal.

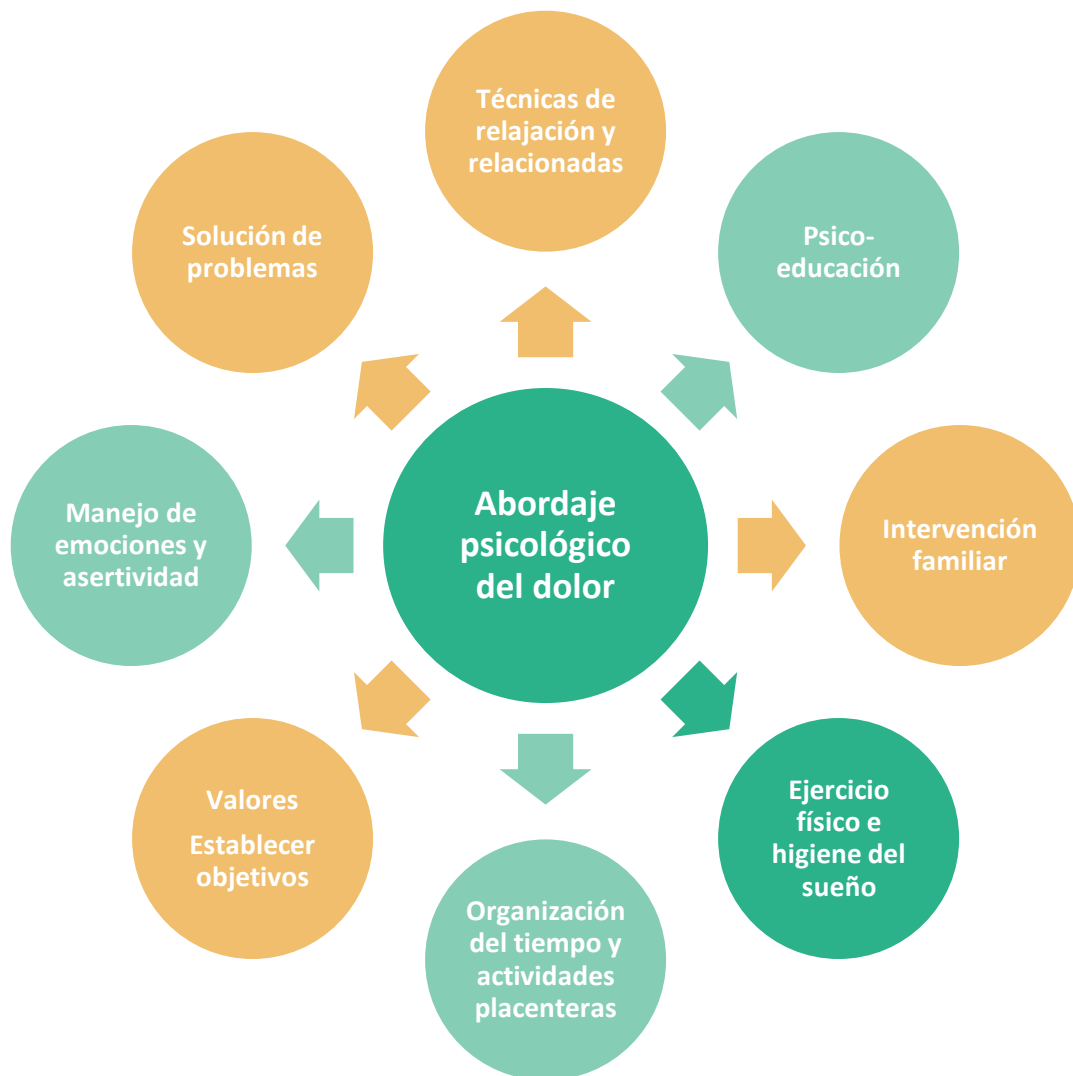


Figura 6. Abordaje psicológico del dolor

## RECURSOS PARA EL PACIENTE



Psicoeducación: Dolor crónico

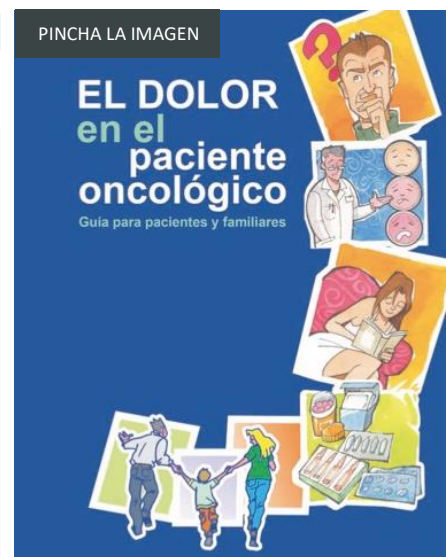
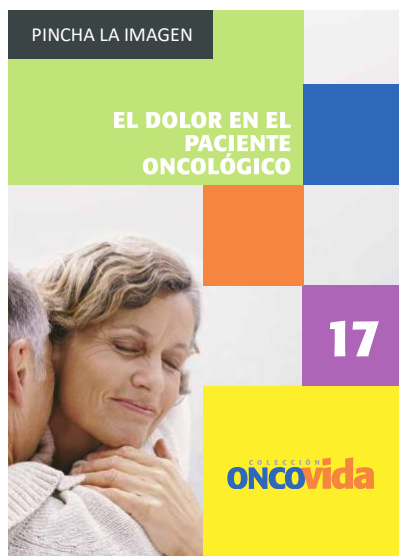
Este video de *youtube* (Maestría Psicología Clínica y de la Salud, 2016) explica del segundo 57 en adelante cómo se produce el dolor y cómo este puede estar influido por factores psicológicos, así como la importancia de su abordaje desde diferentes especialidades (medicina, psicología, fisioterapia y terapia ocupacional). Explica, además, como se aborda el dolor desde la psicología y cuál es el trabajo que se va a hacer en consulta. Es, pues, un video de utilidad para mostrar a los pacientes.



En este video de *youtube* (González, 2011) se desmitifican algunos mitos sobre la morfina: “Si le damos morfina se nos va a hacer un drogadicto”, “Si le damos morfina puede usarla para suicidarse” y “Si le damos morfina es que ya se está muriendo”.

Lo siguientes documentos están destinados a pacientes:

- **El dolor en el paciente oncológico** (Sociedad Española de Oncología Médica, 2011).
- **Control del dolor: apoyo para las personas con cáncer** (National Cancer Institute, 2008).
- **El dolor en el paciente oncológico** (Porta, Moreno, Sanz y Díaz-Rubio, 2007).





## REFERENCIAS

- Acevedo, J. C. (Ed.). (2009). *Dolor y Cáncer*. Recuperado de <https://dolor.org.co/biblioteca/libros/Dolor%20y%20Cancer.pdf>
- Aguilar García-Iturrospe, E. J., Hidalgo, M. D., Cano, R., López J. C., Campillo, M., y Hernández, M. (1995). Estudio prospectivo de la desesperanza en pacientes psicóticos: características psicométricas de la Escala de Desesperanza de Beck. *Anales de Psiquiatría*, *11*, 121-125.
- Amigo Vázquez, I. (2014). Dolor crónico. En I. Amigo Vázquez, *Manual de psicología de la salud* (pp. 143-157). Madrid: Pirámide.
- Andreu, Y., Galdon, M. J., Durá, E., Ferrando, M., Pascual, J., Turk, D. C., Jiménez, Y., y Poveda, R. (2006). An examination of the psychometric structure of the Multidimensional Pain Inventory in temporomandibular disorder patients: A confirmatory factor analysis. *Head & Face Medicine*, *2*, 48. doi.org/10.1186/1746-160X-2-48
- Asociación Española contra el Cáncer (AECC) (2019). *Creencias erróneas, mitos y pseudoterapias sobre el cáncer*. Recuperado de [https://www.aecc.es/sites/default/files/content-file/Creencias-erroneas-cancer\\_0.pdf](https://www.aecc.es/sites/default/files/content-file/Creencias-erroneas-cancer_0.pdf)
- Badía, X., Cleeland, C. S., Muriel, C., Gracia, A., Perulero, N., Carulla, J., Manuel Núñez Olarte, J., y Gálvez, R. (2003). Validación española del cuestionario Brief Pain Inventory en pacientes con dolor de causa neoplásica. *Medicina Clínica*, *120*(2), 52-59.
- Beck, A. T. (1988). An Inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*, 893-897.
- Beck, A. T., Kovacs, M., y Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *47*(2), 343-352. doi.org/10.1037/0022-006X.47.2.343
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory. 2nd edition manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., y Trexler, L. J. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scales. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *42*, 861-865.
- Bouhassira, D., Attal, N., Alchaar, H., Boureau, F., Brochet, B., Bruxelle, J.,...Vicaut, E. (2005). Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new Neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain*, *114*(1-2), 29–36. doi.10.1016/j.pain.2004.12.010

- Brown, G., y Nicasio, P. (1987). Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 31(1), 53-64.
- Cleeland, C. S., y Ryan, K. M. (1994). Pain assessment: Global use of the Brief Pain Inventory. *Annals Academy of Medicine Singapore*, 23, 129-138.
- Esteve, R., López, A. E., y Ramírez, C. (1999). Evaluación de estrategias de afrontamiento al dolor crónico. *Revista de Psicología de la Salud*, 11, 77-102.
- Ferrando, L., Franco-A. L. Soto, M., Bobes, J., Soto, O., Franco, L., y Gubert, J. (1998). *M.I.N.I. Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en español 5.0.0. DSM-IV*. Madrid: Instituto IAP.
- González, D. (2011, noviembre 8). *Los Mitos de la Morfina* [Vídeo]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=Ps5XheJ2Q2Q>
- Hadjistavropoulos, T., y Craig, K. D. (Eds.). (2004). *Pain: Psychological perspectives*. London: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Ibáñez, C. (2020, febrero 21). *Evaluación y tratamiento psicológico del dolor en pacientes oncológicos* [Diapositivas de PowerPoint]. Recuperado de <https://cv4.ucm.es/moodle/mod/folder/view.php?id=4248909>
- Kerns, R. D., Turk, D. C., y Rudy, T. E. (1985). The West Haven Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). *Pain*, 23, 345-356.
- Lázaro, C., Bosch, F., Torrubia, R., y Baños (1994). The development of a Spanish Questionnaire for assessing pain: preliminary data concerning reliability and validity. *European Journal of Psychological Assessment*, 10, 141-151.
- López Timoneda, F. (1996). Definición y clasificación del dolor. *Clínicas Urológicas de la Complutense*, 4, 59-55.
- Maestría Psicología Clínica y de la Salud (2016, junio 18). *Psicoeducación: Dolor Crónico* [Vídeo]. Recuperado de [https://www.youtube.com/watch?v=bU87yxT8y\\_E](https://www.youtube.com/watch?v=bU87yxT8y_E)
- Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain*, 1, 277-299.
- Moix, J., y Kovacs, F. M. (2009). *Manual del dolor. Tratamiento cognitivo-conductual del dolor crónico*. Barcelona: Paidós.
- Monsalve, V., Gómez-Carretero, P., y Soriano, J. (2006). Intervención psicológica en dolor oncológico: un estudio de revisión. *Psicooncología*, 3(1), 139-152.

- National Cancer Institute (2008). *Control del dolor: apoyo para las personas con cáncer*. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/control-dolor.pdf>
- Olivares Crespo, M. E., y Cruzado Rodríguez, J. A. (2008). Evaluación Psicológica del Dolor. *Clínica y Salud*, 19(3), 321-341.
- Pérez, C., Gálvez, R., Huelbes, S., Insausti, J., Bouhassira, D., Díaz, S., y Rejas, J. (2007). Validity and reliability of the Spanish version of the DN4 (Douleur Neuropathique 4 questions) questionnaire for differential diagnosis of pain syndromes associated to a neuropathic or somatic component. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(66). doi.org/10.1186/1477-7525-5-66
- Porta, V. G., Moreno, J. A., Sanz, J., y Díaz-Rubio, E. (2007). *El dolor en el paciente oncológico*. Recuperado de <https://docplayer.es/6390890-El-dolor-paciente-oncologico-en-el-pacientes-y-familiares-algos-algos.html>
- Puebla Díaz, F. (2005). Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor Iatrogénico. *Oncología*, 28(3), 139-143.
- Robles, J. I. (2018, diciembre 14). *Psicofarmacología* [Diapositivas de PowerPoint]. Recuperado de <https://cv4.ucm.es/moodle/course/view.php?id=127021>
- Rosenstiel, A. K., y Keefe, F. J. (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: Relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 17,33–44.
- Sanz, J. y Navarro, M. E. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del inventario de ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 9, 59-84.
- Sanz, J., Navarro, M. E., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 239-288.
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) (2014). *Guía de cuidados paliativos*. Recuperado de <http://www.secpal.com//Documentos/Paginas/guiacp.pdf>
- Sociedad Española de Oncología Médica (2011). *El dolor en el paciente oncológico*. Recuperado de [https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/F\\_Oncovida\\_1\\_7\\_BAJA.pdf](https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/F_Oncovida_1_7_BAJA.pdf)
- Soriano, J., y Monsalve, V. (1999). Valoración, Afrontamiento y Emoción en pacientes con dolor crónico. *Boletín de Psicología*, 62, 43-64
- Soriano, J., y Monsalve, V. (2002). CAD: cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 9, 13-22.

- Soriano, J., y Monsalve, V. (2004) Validación del cuestionario de afrontamiento al dolor crónico reducido (CAD-R). *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11 (7), 27-34.
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M., Santed, R., Valderas, J. M., Ribera, A., Domingo-Salvany, A., y Alonso, J. (2005). El cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 2005, 19(2), 135-150.
- Webber, K., Davies, A.N., Zeppetella, G., Cowie, M. R. (2016). Development and validation of the breakthrough pain assessment tool (BAT) in cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48(4), 619-631. doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.10.026