

Evaluación e intervención interdisciplinaria del dolor en Unidades de Cuidados Intensivos

Trabajo de grado para optar al título de psicóloga

Jessica Alejandra Pulido Rozo¹
Diana Angélica Ramos Zamudio
Autoras

Ximena Palacios Espinosa
Director

Mayo 21 de 2014

Programa de Psicología
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud
Universidad del Rosario

¹ Nota de autor: Esta investigación se realizó en el Semillero Psicología Clínica y de la Salud como antecedente teórico inmediato del proyecto en Evaluación e Intervención interdisciplinaria del paciente con dolor en UCI. Además se llevó a cabo en el curso Trabajo de Grado I y II del programa de psicología, de la Universidad del Rosario. Envío de correspondencia a: pulidor.jessica@urosario.edu.co o a ramosz.diana@urosario.edu.co

Universidad del Rosario
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud
Programa de Psicología

Acta de Aprobación del trabajo de grado

Los aquí firmantes certificamos que el trabajo de grado elaborado por Jessica Alejandra Pulido Rozo y Diana Angélica Ramos Zamudio

Titulado: Evaluación e intervención interdisciplinaria del dolor en Unidades de Cuidados Intensivos

Cumple con los estándares de calidad exigidos por el programa de psicología para la aprobación del mismo.

Esta acta se firma a los 21 días del mes de Mayo de 2014

Comité de trabajo de grado:



Firma del Director

21/05/2014

Fecha

Jessica Alejandra Pulido

Firma del Estudiante

Mayo 21 de 2014

Fecha

Diana Angélica Ramos Z.

Firma del Estudiante

Mayo 21 de 2014

Fecha



Firma del Coordinador de T.G.

Mayo 21 de 2014

Fecha

Tabla de contenido

Introducción	6
Justificación	9
Objetivos	12
General	12
Específicos.....	12
Método	13
Revisión de la literatura	14
Dolor en UCI.....	14
Tipos de dolor más comunes	14
Características.....	15
Patologías y otras condiciones frecuentemente asociadas	17
Procedimientos asociados	24
Evaluación.....	26
Métodos de evaluación del dolor en UCI.....	26
Intervención	34
Contribución del Psicólogo.....	40
Discusión	69
Conclusiones	81
Referencias.....	85

Resumen

El dolor es un problema importante para los pacientes hospitalizados en las UCI porque genera malestar y distrés. Además, la investigación ha demostrado que en algunos pacientes críticos el dolor agudo puede persistir después de alta y convertirse en crónico. La gestión eficaz del dolor en pacientes críticos requiere un enfoque interdisciplinario, que incorpore la visión y trabajo de expertos que representan una amplia variedad de especialidades clínicas. Así, la utilización de la intervención psicológica en el tratamiento del dolor es una parte integral de un enfoque global. Basado en una revisión de la evidencia científica, se identifican y señalan: (1) los tipos de dolor más comunes; (2) las características del dolor; (3) las patologías más frecuentes asociadas con la presencia de dolor; (4) los procedimientos que generan dolor en la UCI; (5) los métodos de evaluación del dolor; (6) la intervención del mismo y; (7) la contribución del psicólogo en la evaluación y manejo del dolor con el paciente, los familiares y los profesionales de la salud. La revisión realizada indica que los procesos psicológicos influyen tanto en la experiencia del dolor como en los resultados del tratamiento, por lo tanto la integración de los principios psicológicos en el tratamiento del dolor parecen tener potencial mejora de los resultados beneficiando la salud del paciente.

Palabras clave. Dolor; Unidad de cuidados Intensivos; UCI; Cuidados críticos; Evaluación del dolor; Tratamiento Psicológico del dolor; Tratamiento médico del dolor.

Abstract

Pain is an important issue for patients hospitalized in the ICUs because it creates discomfort and distress. In addition, research has shown that in some critical patients acute pain can persist after medical discharge and become chronic. Effective management of pain in critically ill patients requires an interdisciplinary approach that incorporates the vision and work of experts representing a wide variety of clinical specialties. Thus, the use of psychological interventions in the treatment of pain is an integral part of a comprehensive approach. Based on a review of scientific evidence, were identified and noted: (1) the most common types of pain; (2) the pain characteristics; (3) the pathologies associated with the presence of pain; (4) the procedures that generate pain in the ICU; (5) the methods of pain assessment; (6) the pain interventions and; (7) the contribution of the psychologist in the assessment and management of pain with the patient, family and health professionals. The review indicates that the psychological processes influence both the experience of pain and treatment outcomes; therefore the integration of psychological principles in the treatment of pain seems to have potential for improving health outcomes benefiting the patient.

Keywords. Pain; Intensive Care Unit; ICU; Critical Care; Assessment of pain; Psychological treatment of pain; Medical treatment of pain.

Introducción

Investigaciones han mostrado que el dolor es una de las molestias más comunes en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) (Stein-Parbury y McKinley, 2000; Choi et al., 2013) y su manifestación en este período es un factor de riesgo para el desarrollo posterior de dolor crónico (Puntillo et al., 2001; Kyranou y Puntillo, 2012). Para efectos de esta revisión, se acogerá la definición de dolor proporcionada por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP-por sus siglas en inglés): “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociado con una daño tisular real o potencial o descrito en los términos de dicho daño” (IASP, 1979, p. 368).

La UCI es un área del hospital donde se atienden pacientes cuyo estado de salud es grave y requiere actuación inmediata. Allí los pacientes viven diferentes experiencias estresantes, es decir, difíciles de soportar, entre las cuales se encuentra el dolor (Granja et al., 2005; Biancofiore et al., 2005; Stolic y Mitchell, 2010). Se han identificado varias razones por las que un paciente puede desarrollar dolor en la UCI, por ejemplo: la propia enfermedad, los procedimientos que se realizan para el tratamiento como cambiar de posición, la inserción del catéter venoso central, el retiro de drenaje de heridas, el cuidado de heridas, la aspiración traqueal (Puntillo et al., 2004), las técnicas de cuidados de enfermería y la propia inmovilidad del paciente.

En lo referente a la medición del dolor, el “gold standard” reconocido para evaluarlo es el auto-informe (Haslam, Dale, Knechtel y Rose, 2012) debido a que el paciente es la fuente de información más confiable sobre el dolor que está experimentando (Puntillo et al., 2004). Sin embargo, por distintas dificultades que surgen en la UCI como la inhabilidad para verbalizar como consecuencia de la intubación, barreras culturales y del lenguaje y niveles alterados de consciencia (Puntillo et al., 2004), otros métodos deben ser considerados. Por ejemplo, en pacientes conscientes y comunicativos se pueden aplicar: la escala visual analógica (EVA), la

escala numérica de clasificación para el dolor (Numerical Rating Scale, NRS), y/o la escala descriptiva verbal (Adjective Rating Scale, ARS) (Marino, 2007).

En pacientes que no pueden comunicarse verbalmente se utilizan diferentes instrumentos para evaluar el dolor; entre ellas: la escala de dolor comportamental (Behavioral Pain Scale, BPS en sus siglas en inglés), la Behavioral Pain Rating Scale (BPRS), la escala Pain Behavior Assessment Tool, la escala de dolor no verbal (Nonverbal Pain Scale, NVPS), la escala Critical-Care Pain Observational Tool (CPOT), y el algoritmo Pain Assessment and Intervention Notation (PAIN) (Li, Puntillo y Miaskowski, 2008). Sin embargo, pocos han sido probados por su fiabilidad, validez y viabilidad en pacientes no verbales en el contexto de la UCI (Puntillo et al., 2009). Además, otros métodos como la evaluación fisiológica o la exploración física son utilizados para evaluar el dolor en pacientes que no pueden comunicarse verbalmente (Jeitziner et al., 2012; Echeverri y Molina, 2003). Es recomendable hacer evaluaciones del dolor de manera regular, en especial si el paciente ha sido expuesto a eventos que son potencialmente dolorosos (Puntillo et al., 2009).

El número y diversidad de instrumentos confiables y válidos que existen para evaluar el dolor en el contexto de la UCI permiten a diferentes profesionales de la salud brindar una intervención adecuada del mismo, generando mejores resultados en el paciente.

La intervención médica o de enfermería se centra principalmente en el uso de analgésicos y sedantes (Gélinas, Arbour, Michaud, Vaillant y Desjardins, 2011; Marino, 2007; Jeitziner et al., 2012) y su aplicación está ampliamente extendida en la UCI. Sin embargo, la intervención psicológica no ha sido estudiada lo suficiente por lo que no existen datos ni información cuantiosa ni completa que provean a la comunidad interesada sobre tratamientos psicológicos; la mayoría de ellos se fundamentan en el juicio y conocimiento clínico. Empero, el papel que el psicólogo puede realizar en la intervención no solo está dirigido a tratar el dolor a través del uso

de procedimientos cognitivo-conductuales como por ejemplo entrenamiento en relajación o proporcionar información al paciente acerca de los procedimientos dolorosos (Erstad et al., 2009), sino también a prevenir el dolor y a promover la salud (Erdek y Pronovost, 2004).

La presente revisión de la literatura, busca presentar los antecedentes teóricos y empíricos sobre la evaluación y la intervención interdisciplinaria del dolor en UCI. Para ello, se revisan los tipos de dolor más frecuentes en la UCI y sus características así como las patologías y procedimientos que se han asociado con la aparición o aumento del dolor en estas Unidades. Con esta descripción inicial, el cual ofrece un marco de referencia que ubica al lector en la problemática de la experiencia dolorosa para el paciente que se encuentra ingresado en una UCI, se procede a abordar el tema de la evaluación, centrándose específicamente en los métodos de evaluación del dolor dentro de la UCI. Finalmente, se presenta la intervención actual del dolor en estos escenarios clínicos y si bien se menciona el papel de los diferentes miembros del equipo de salud en el control del dolor, se aborda de manera especial la contribución del psicólogo en la evaluación y en la intervención interdisciplinaria del dolor en la UCI.

Justificación

El dolor es una experiencia común en las UCI y afecta no solamente al paciente sino a los cuidadores formales (miembros del equipo de salud) e informales (familia, acompañantes) por diversos motivos, por ejemplo la dificultad para evaluarlo.

Es bien sabido que los pacientes en UCI pueden tener estados de conciencia alterados que dificultan interactuar con ellos de la manera en que tradicionalmente se hace y en consecuencia sea complejo establecer sistemas de comunicación efectiva. Esto es de particular importancia cuando se trata de la evaluación del dolor pues el auto-reporte es uno de los principales instrumentos de medición del mismo. No obstante, el hecho de que un paciente no esté en condiciones de expresar su dolor no lo exime de tal experiencia y ello es motivo de angustia para él y para quienes lo cuidan y lo rodean. En consecuencia, disponer de una batería de instrumentos válidos y confiables para identificar este signo vital en el paciente en UCI es fundamental para brindarle un tratamiento adecuado lo que al final se traduce en elemento para garantizarle mejores niveles de calidad de vida y de bienestar subjetivo.

El trabajo en una UCI se caracteriza por priorizar la vida y luchar contra la muerte, se trata de estar afrontando situaciones de emergencia continuamente y por tanto, requiere de un verdadero trabajo en equipo. Muchas de estas situaciones implicarán el aporte de diversos profesionales para aumentar la probabilidad de éxito de la intervención seleccionada. El manejo del dolor es un ejemplo de ello, pues al ser una experiencia sensorial y emocional desagradable, trasciende los límites del tratamiento biológico y requiere de contribuciones de carácter psicosocial que pueden ser proporcionadas por el psicólogo.

Es de suma importancia evaluar la intervención interdisciplinaria que se ha hecho hasta ahora para darse cuenta de cuáles son los aspectos que están fallando y los que son importantes al momento de evaluar el dolor de pacientes que se encuentran en UCI. En conjunto con otros

profesionales de la salud, el Psicólogo estará en la capacidad de realizar una intervención con instrumentos estandarizados para manejar el dolor y disminuir la intensidad de este, ya que los procedimientos que se llevan a cabo pueden generar dolor y dificultar la comunicación entre pacientes y miembros del equipo de salud, pues “todos los procedimientos que se les llevan a cabo como la intubación, el hecho que las enfermeras los muevan, la canalización, drenajes e incisiones quirúrgicas causan en ellos (pacientes) dolores intensos” (Ferguson, Gilroy y Puntillo, 1997, p. 1066).

Esta revisión permitirá conocer qué se hace con el dolor de los pacientes que están en UCI, pues en la actualidad se utilizan diferentes métodos para disminuirlo como opioides, anestesia y sedación, siendo “necesarios para aliviar el estrés y la ansiedad, pero también para permitir la ventilación mecánica y otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos que deben ser realizados” (Misra y Koshy, 2012, p. 518).

En este orden de ideas, la población que se verá beneficiada es aquella que tenga acceso a la información, específicamente estudiantes universitarios y principalmente los profesionales de la salud que estén interesados en manejar el dolor en pacientes que se encuentren la UCI.

Utilizar instrumentos psicométricos permite una valoración más amplia del tipo de dolor que presentan los pacientes que se encuentran en la UCI; tanto para pacientes que pueden comunicarse verbalmente como para aquellos que no pueden hacerlo.

Se espera que a partir de esta revisión puedan llenarse algunos vacíos existentes actualmente en la información sobre el tema del dolor en los pacientes que se encuentran ingresados en UCI o por lo menos, ponerlos en evidencia para fomentar así la investigación de los mismos.

Son varios los datos que ponen en evidencia la importancia de que el dolor se aborde de manera interdisciplinaria y no solamente multidisciplinaria. Pese a que existe suficiente mención

del impacto psicológico del dolor en la calidad de vida del paciente, con frecuencia se ignora la trascendente importancia de ésta en la UCI desde una perspectiva integral.

Objetivos

General

Revisar los antecedentes teóricos y empíricos sobre la evaluación y la intervención interdisciplinaria del dolor en UCI.

Específicos

1. Identificar los tipos de dolor más comunes en los pacientes que están en UCI.
2. Describir las características del dolor en UCI.
3. Identificar las patologías que más se asocian con la presencia de dolor en UCI.
4. Establecer los procedimientos que se asocian con la presencia de dolor en UCI.
5. Describir los métodos de evaluación del dolor en UCI.
6. Describir la intervención del dolor en UCI.
7. Describir la contribución del Psicólogo en la evaluación y la intervención interdisciplinaria del dolor en UCI.

Método

La presente revisión de la literatura se realizó con base en 159 documentos entre los cuales se encuentran 5 capítulos de libros y 154 artículos científicos. La consecución de los artículos científicos se logró en bases de datos especializadas, entre ellas EBSCO HOST, PUBMED, Science Direct, Proquest y se realizó con base en las siguientes palabras clave y combinaciones de las mismas: Pain; Intensive Care Unit; ICU; Critical Care; Assessment of pain; Psychological treatment of pain; Medical treatment of pain; Dolor; Unidad de cuidados Intensivos; UCI; Cuidados críticos; Evaluación del dolor; Tratamiento Psicológico del dolor; Tratamiento médico del dolor. Con el ánimo de realizar una mejor selección de los artículos, se utilizaron como criterios de exclusión de los mismos: Evaluación del dolor en neonatal e infancia. Además, artículos científicos que corresponden a los años 1999 hacia atrás, sin embargo hubo una pequeña excepción con artículos citados en este documento que corresponden al 1998 y otros.

Adicionalmente, se realizó una búsqueda específica a través de revistas especializadas en dolor y cuidado intensivo: Acute pain, Anaesthesia, Pain and intensive care, British Journal of Pain, Cancer pain management, The clinical journal of pain, Continuing education in anaesthesia, Critical care and pain, Internet Journal of Pain, symptom control and palliative care, Journal of pain, Journal of Pain and management, Journal of pain research, Pain, pain management, y pain research and treatment.

Revisión de la literatura

Dolor en UCI

El dolor en la UCI es una de las molestias más comunes que pueden experimentar los pacientes. A continuación se presentará cuáles son los tipos de dolor más frecuentes que se pueden presentar en la UCI y que los pacientes informan al momento de hacer la evaluación mediante diferentes métodos que serán descritos más adelante.

Tipos de dolor más comunes

Los dos tipos de dolor que se presentan a nivel general en la UCI son el agudo y crónico; el primero suele tener una duración de menos de 60 días, es decir, 3 meses aproximadamente, es de inicio rápido y generalmente en los adultos es causado por lesiones. Este tipo de dolor suele disminuir progresivamente a medida que la lesión sana y, usualmente, se puede controlar fácil. Sin embargo, es importante considerar diferentes factores que pueden estar asociados con los procedimientos que generan dolor agudo (McGrath y Dade, 2004), como los psicológicos.

Por otro lado, el dolor crónico es un dolor que tiene una duración de más de 90 días, y no es simplemente una prolongación del dolor agudo ni un síntoma de la enfermedad o lesión presentada. El dolor crónico puede tener múltiples fuentes, que comprenden componentes nociceptivos y neuropáticos. Las personas que tienen dolor crónico pueden experimentar angustia psicológica prolongada, funcionamiento físico deficiente, disminución de la independencia, y con frecuencia un pronóstico incierto. Por lo general, se requiere de un enfoque multimodal que incluye la terapia con medicamentos, terapia física y terapia psicológica (McGrath y Dade, 2004).

Los pacientes que se encuentran en la UCI reportan, principalmente, dolor agudo durante los 2 primeros días de estancia en la unidad; y dolor crónico posterior a 3 meses dentro o fuera de la UCI (Bertolini et al., 2002).

Por otro lado, existen diferentes tipos de dolor que los pacientes presentan en la UCI, estos son “dolor torácico que puede tener manifestaciones sugestivas de angina de pecho y que incluye: pericarditis (el dolor con frecuencia se relaciona con la posición y respiración), espasmo esofágico (cuando se ingieren alimentos y con la deglución), dolor en la pared torácica (reproducido con frecuencia mediante aplicación de presión sobre la pared del tórax), disección aórtica (con carácter clásico de desgarro e irradiación a la espalda; los pulsos en los miembros superiores pueden ser desiguales), dolor gastrointestinal por esofagitis, gastritis (que se observa con la ingestión de alimentos) e hiperventilación" (Bongard y Sue, 2003, p. 602).

De acuerdo con lo anterior es posible concluir que el dolor es un evento estresante para el paciente en UCI y, en congruencia con Li, Puntillo y Miaskowski (2008), lo es en particular. Además de la clasificación del dolor según su duración, la literatura reporta que éste tiene características específicas.

Características

La propiedad sensorial y discriminativa del dolor se deriva de la información que provee el paciente sobre la naturaleza cualitativa del dolor y se evidencia cuando éste escoge ciertas palabras para describirlo. Sin embargo, los pacientes que tienen dificultades para comunicarse, lo cual es un problema frecuente en la UCI, corren el riesgo de una evaluación inadecuada del dolor y una caracterización inexacta de sus propiedades y características. Por tanto, es importante la creación y uso de métodos de evaluación de dolor específicos para esta población o la modificación de métodos existentes, para su manejo posterior apropiado (Wang y Tsai, 2010).

Un grupo de investigadores (Puntillo et al., 2001) determinó que las principales palabras que escogen los pacientes adultos para describir las características de dolor durante procedimientos dolorosos en la UCI son: “adolorido”, “suave”, “aburridor” y “fuerte”. Asimismo, existen otras cualidades sensoriales y afectivas, en adición a las ya mencionadas, que definen el

dolor en la UCI como: “penetrante”, “sensible”, “malo”, “apuñala”, “sofoca-agotador”, “pesado”, “terrible”, “punzante”, “sordo”, “palpita”, “caliente-quema”, “disparo”, “miedo”, “mareas”, “roeo”, “acalambra”, “castigador-cruel”, “dividido”, “entumecido” (Puntillo et al., 2001).

Además de la cualidad del dolor, también es importante tener en cuenta otra de sus características: la intensidad. En la UCI, ésta es difícil de evaluar debido a su aspecto subjetivo, por lo que la intensidad del dolor varía significativamente en relación a los procedimientos que se realizan en la UCI y a las mismas enfermedades (Puntillo et al., 2014). Sin embargo, investigaciones realizadas han encontrado que pacientes adultos críticos durante su estadía en la UCI, generalmente, experimentan dolor que en su intensidad va de moderado a severo o grave (Gélinas, Arbour, Michaud, Vaillant y Desjardins, 2011; Bertolini et al., 2002; Stolic y Mitchell, 2010).

Según Puntillo et al. (2009), suelen utilizarse para la evaluación de la intensidad del dolor, descriptores como “leve”, “moderado” o “severo” a través de métodos de evaluación como la escala de calificación verbal (Verbal Rating Scale, VRS), aplicable en pacientes conscientes y verbales. Sin embargo, cuestionarios como el de McGill en español utilizan palabras como “ligero”, “molesto”, “angustioso”, “horrible” y “atroz” para señalar la intensidad del dolor, advirtiendo que los lenguajes difieren en el tipo y número de palabras que utilizan para expresarlo (Puntillo et al., 2009).

Es por ello que, al seleccionar métodos de autorreporte para evaluar el dolor y sus cualidades, es importante considerar la cultura y el lenguaje del paciente ya que ello puede afectar la comunicación de los pacientes y sus respuestas.

En caso de que los pacientes no puedan comunicarse verbalmente, estos reportan el dolor de distintas maneras. Por ejemplo, asienten con la cabeza, indican las palabras (Puntillo et al., 2001) o parpadean para señalar la severidad de su dolor cuando el profesional va anunciando

descriptores de dolor o números que señalan su intensidad y cualidad (Puntillo et al., 2009). En caso de que estén sedados, se utilizan métodos de evaluación diseñados específicamente para atender a sus necesidades y características.

Algunas características del dolor que presentan los pacientes críticos están asociadas a su vez a diversas patologías.

Patologías y otras condiciones frecuentemente asociadas

Según el perfil epidemiológico 2012 del Hospital Universitario Mayor Méderi (HUM), las patologías y procedimientos más frecuentes que se presentan en la UCI asociadas con el dolor son: la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), la pancreatitis, la enfermedad coronaria, el posoperatorio de neurocirugía, el posoperatorio de cirugía cardiovascular, la neumonía, la colocación de balón de contrapulsaciones, la colocación de catéter venoso central, la colocación de catéter de arteria invasiva pulmonar, la colocación de tubo de tórax, la intubación orotraqueal, la toracentesis, paracentesis, la punción lumbar, la presión intracraneal, la presión intra-abdominal y la cánula de traqueostomía.

Además, la literatura ha reportado que existen diferentes patologías por las que una persona puede ser ingresada a una UCI y son causa frecuente de dolor. Según Whizar-Lugo, Flores-Carrillo, Marín Salazar y Benavides-Vázquez (2008) las enfermedades agudas que cursan con dolor en la UCI son: (1) el infarto agudo de miocardio y los problemas cardíacos, (2) la pancreatitis, (3) las enfermedades vasculares, (4) la úlcera gástrica perforada, (5) la embolia pulmonar, (6) la embolia arterial periférica, (7) las quemaduras (8) los traumas y (9) los post quirúrgicos.

Los pacientes en estado crítico pueden presentar problemas cardíacos que se suman al diagnóstico y otros que se derivan del tratamiento. “Muchos pacientes de la UCI desarrollan

alteraciones cardiacas de modo secundario a las consecuencias metabólicas y hemodinámicas de sus enfermedades subyacentes” (Shapiro, 2003, p. 563).

Los problemas cardiacos que se pueden presentar en la UCI son: (1) la Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC) en la que los pacientes pueden desarrollar síntomas de manera lenta hasta llegar a presentar dolor agudo, (2) las Enfermedades valvulares cardiacas y la disección aórtica en las que es característico el dolor torácico (Shapiro, 2003), y (3) el Infarto agudo de miocardio, en el que el dolor torácico se presenta como el síntoma más común que puede ser leve o severo (Gagliardi et al., 2012).

El infarto agudo de miocardio es una de las patologías más frecuentes con dolor que presentan los pacientes en la UCI. Según Suárez et al. (2002) el paciente con esta enfermedad se caracteriza por tener un dolor anginoso (dolor en la parte central del pecho que posee una calidad opresiva y es de intensidad variable) debido a la necrosis miocárdica aguda de origen isquémico. En la investigación realizada por Suárez et al. (2002) este dolor se presentó en 38 hombres y en 6 mujeres de los 45 pacientes infartados que hicieron parte de su estudio; es decir, un 97,7 % de los pacientes presentaron dolor anginoso.

La pancreatitis se refiere a la destrucción irreversible de los conductos pancreáticos y se caracteriza por generar en el paciente dolor ocasional, por lo tanto es necesario intervenir quirúrgicamente para disminuir la frecuencia e intensidad del dolor y las dificultades de la enfermedad trabajando de manera conjunta con cuidado paliativo (Torres, Acuña, Sánchez, Pena y Mota, 2010).

Las enfermedades vasculares se asocian con la presencia de dolor en los pacientes en UCI. El paciente que presenta trombosis venosa profunda, se caracteriza por tener dolor fijo y continuo exacerbado por el movimiento y pérdida de peso significativa. El paciente con isquemia mesentérica aguda, presenta dolor abdominal agudo múltiple. Dicha isquemia es poco común

pero significativa entre los pacientes de la UCI, con una incidencia general estimada de 0,1% de todas las admisiones al hospital (Bongard y Sue, 2003).

La úlcera gástrica perforada es la tercera causa de muerte en pacientes que la presentan. Según González et al. (2011) se describe como un dolor ardoroso que inicia de repente, es intenso y se expande al abdomen hasta ocasionar inflamación abdominal y malestar general.

Respecto a la embolia pulmonar o tromboembolismo pulmonar, es una complicación frecuente y manifestación de mortalidad en pacientes de la UCI. Según Tamargo y Estenoz (2006) al realizar un estudio descriptivo y revisar las necropsias de 43 fallecidos por tromboembolismo pulmonar encontraron que las manifestaciones clínicas más predominantes fueron: taquicardia con un 100%, dolor torácico 79,1% y disnea con 79,1%.

Las lesiones por quemaduras producen uno de los tipos de nocicepción más intensos así como distrés psicológico (Abdi y Zhou, 2002). Los pacientes quemados no solo tienen dolor como consecuencia de la lesión sino también por los procedimientos y cuidados rutinarios de las zonas lesionadas. Una combinación de medicamentos generalmente proporciona analgesia de mayor calidad, reduciendo la probabilidad de que el paciente crítico desarrolle dolor crónico y sufrimiento a lo largo de su vida (Abdi y Zhou, 2002).

Sin embargo, según el estudio realizado por Vázquez-Ortega, García-Ramírez, Cruz-Ramírez y Vázquez-Morales (2008) utilizar electroestimulación nerviosa transcutánea (TENS) que consiste en aplicar corriente eléctrica sobre los órganos y tejidos afectados disminuye o elimina el dolor en pacientes con quemaduras de segundo grado, siendo este un tratamiento alternativo a los medicamentos opiáceos, ya que estos últimos no eliminan por completo el dolor que se produce en las áreas del cuerpo afectadas.

En el artículo de González-Cavero, Arévalo y Lorente (1999) se encuentra que los criterios de ingreso a la UCI en pacientes quemados son: (1) las quemaduras dérmicas

superficiales tipo IIA (se caracterizan por afectar la capa superficial de la piel y generar dolor); (2) las quemaduras dérmicas profundas tipo IIB (afectan las capas más profundas de la piel y son menos dolorosas que las anteriores); (3) las dérmicas totales tipo III (destruyen la totalidad de la dermis); (4) las quemaduras de IV grado; (5) quemaduras por traumatismo eléctrico de alto voltaje; y por último (6) quemaduras causadas por sustancias químicas.

En el estudio de Tengvall et al. (2006) se encontró que el tratamiento del dolor en pacientes quemados es de vital importancia al momento de la evaluación y/o procedimientos rutinarios dado que se experimenta dolor intenso inmediatamente después de la lesión y al momento de la cicatrización de la herida. Además el dolor se incrementa cuando la herida está infectada. En dicho estudio se divide el dolor de las lesiones por quemaduras en: “antecedentes de dolor o dolor de base” que se presenta cuando el paciente se encuentra en reposo; “dolor irruptivo” que se refiere a las actividades rutinarias como cambiar de posición, voltearse o moverse de la cama y caminar; y “procedimientos dolorosos” que describe actividades como cambiar las vendas.

Las lesiones traumáticas son patologías que producen dolor en pacientes críticos. De acuerdo con Stanik-Hutt, Soeken, Belcher, Fontaine y Gift (2001) el dolor es un problema relevante en pacientes con trauma aún si son tratados con analgésicos, y la intensidad del dolor que reportan es moderado dependiendo del grado de la lesión.

El trauma craneoencefálico generalmente producido por factores externos como accidentes automovilísticos, se puede presentar en diferentes grados: leve (el paciente presenta dolor de cabeza, confusión y amnesia); moderado (puede necesitar de intervención neuroquirúrgica y los pacientes reportan cefalea, mareo y dificultad para la concentración) y severo (el paciente se encuentra en estado comatoso) (Stanik-Hutt, Soeken, Belcher, Fontaine y

Gift, 2001). Por ejemplo, en el estudio de Girling (2004) se encontró que el 50% de los jóvenes de 15 a 29 años que tuvieron accidentes automovilísticos presentan lesiones en la cabeza.

Finalmente, el dolor asociado a los procedimientos postoperatorios es una de las quejas más frecuentes de los pacientes que han tenido algún tipo de intervención quirúrgica (Martí, 2001.)

Las cirugías abdominales o torácicas son dolorosas y ponen a los pacientes en postoperatorio en riesgo de complicaciones pulmonares que surgen por la fisiología de los procedimientos que entre otros, incluyen una inspiración profunda que puede causar dolor, presión y debilidad en los lugares operados (Guimarães, El Dib, Smith y Matos, 2009; Rupp, Miley y Russell-Babin, 2013).

Es el caso de las complicaciones pulmonares posoperatorias, cuya incidencia puede variar del 5 al 28%, la neumonía es una de las más frecuentes y está asociada con dolor. De hecho, los pacientes reportan tener dolor torácico pleurítico, dolor agudo o dolor de cabeza. La cirugía y el dolor posoperatorio causan rigidez involuntaria y espasmo muscular; por lo que, el paciente para minimizar el dolor evita respirar profundo y toser (Bongard y Sue, 2003).

Al igual que los anteriores procedimientos quirúrgicos, la cirugía cardiaca produce riesgos de complicación pulmonar y está ligado a experiencias dolorosas que si son pobremente controladas generan en el paciente en postoperatorio: patrón respiratorio ineficaz, impedimento en la movilidad y prolongación de su recuperación (Wynne y Botti, 2004). Según Milgrom et al. (2004) esta cirugía produce dolor agudo en los pacientes evitando su participación en actividades como moverse, pararse, respirar profundamente, y descansar, que a la vez previenen complicaciones postoperatorias como la disfunción pulmonar.

La cirugía de Bypass gástrico genera complicaciones postoperatorias que pueden clasificarse en complicaciones tempranas (surgen durante los 30 primeros días después de la

operación) o tardías (después de los primeros 30 días). A diferencia de las tardías, las complicaciones tempranas se asocian con dolor; estas son: 1) infección de la herida o septicemia, 2) fuga anastomótica que produce en los pacientes incremento de dolor en la espalda u hombro izquierdo, dolor abdominal, dolor pélvico y presión sub-esternal, 3) rabdomiolisis que se caracteriza por el entumecimiento o dolor muscular en los glúteos, cadera u hombros (Barth y Jenson, 2006).

En el estudio de Bertolini et al. (2002) se encontró que el manejo del dolor no es tratado adecuadamente en pacientes que están en postoperatorio, en especial con aquellos que han realizado procedimientos de neurocirugía o están en coma. Por lo anterior, es importante evaluar e intervenir los niveles de dolor de los pacientes en postoperatorio para generar resultados de cuidado más favorables.

Por otro lado, las enfermedades crónicas que cursan con algún tipo de dolor y que pueden generar ingreso a UCI, son: 1) lumbalgia, 2) neuropatías, 3) fibromialgia y otros dolores musculares, 4) osteoartropatías, 5) cáncer y 6) cefalea (Whizar-Lugo et al., 2008).

Las neuropatías son un grupo diverso de alteraciones que afectan los nervios periféricos y ocurre, en ocasiones, en pacientes con diabetes mellitus, hanseníasis, infección por VIH, sarcoidosis, amiloidosis, mal de Tangier y enfermedad de Fabry (Campos y Kimiko, 2011). Según Campos y Kimiko (2011) existen diversas clasificaciones de esta enfermedad pero una de las más conocidas son: las mononeuropatías que comprometen solo a un tronco nervioso, las mononeuropatías múltiples que afectan a varios troncos nerviosos y las polineuropatías con compromiso difuso.

Una de las principales manifestaciones es la alteración de la sensibilidad dolorosa y su origen proviene de una lesión o enfermedad que afecta el sistema somatosensitivo (Campos y Kimiko, 2011). Además, las neuropatías pueden ser responsables de la debilidad muscular que

ocurre durante la recuperación de pacientes críticamente enfermos en la UCI, generando demora en el retiro del respirador y fase de inmovilización prolongada (Recchia, 2004); ambos procedimientos asociados al dolor en UCI.

La fibromialgia es una enfermedad que se caracteriza por dolor musculoesquelético disseminado, rigidez, alteraciones de sueño y fatiga (Carrasco, Jiménez y Márquez, 2010). “Se cree que la fibromialgia es un trastorno de los mecanismos de percepción del dolor que condiciona una hiperalgesia a estímulos mecánicos” (Oblitas, 2008. pág 245).

Esta enfermedad al igual que otros dolores musculares crónicos como los puntos dolorosos musculares y el esguince, están presentes en el paciente crítico que desarrolla alteraciones musculares en relación al reposo en cama, la inmovilización (Cardona y Franco, 2004), acontecimientos traumáticos, lesiones recurrentes y malestares.

Para el tratamiento de esta enfermedad se utilizan tratamientos no farmacológicos unimodales y multicomponentes. El primero se caracteriza por reducir el estrés y la ansiedad mediante técnicas de relajación progresiva, hipnosis o masajes; y el segundo va dirigido a técnicas de afrontamiento para reducir la intensidad del dolor, disminuir las conductas de dolor y los pensamientos negativos (Oblitas, 2008).

Respecto a los pacientes oncológicos que requieren ingreso a la UCI, se precisa que su razón está relacionada con el manejo agresivo y precoz de los pacientes sépticos con fármacos de reciente aparición, tratamientos de sustitución en la insuficiencia orgánica y manejo ventilatorio (Prieto y Pujol, 2008). Por lo general, los pacientes con dolor por cáncer experimentan más de un tipo de dolor: dolor constante o intermitente, o un dolor agudo que se superpone a un dolor crónico.

Algunas causas de dolor en este tipo de pacientes son: la expansión del tumor que puede generar presión en órganos adyacentes, emisión de mediadores inflamatorios por parte de los

tumores, la diseminación metastásica del cáncer a los huesos, activación de los nociceptores viscerales, pérdida de peso rápida e inmovilización o aumento de la tensión muscular, y metástasis óseas que ocasionan dolor con el movimiento (IASP, 2009).

La cefalea en realidad es un síntoma que se caracteriza por dolores localizados en cualquier parte de la cabeza y puede ser primario o secundario. Las cefaleas secundarias son aquellas que están provocadas por una enfermedad conocida. Por ejemplo, la cefalea atribuida a traumatismo craneoencefálico que es una de las patologías asociadas al dolor y la agitación en pacientes críticos (Stanik-Hutt, Soeken, Belcher, Fontaine y Gift, 2001; Cam, 2011).

Luego de haber hecho una revisión de las enfermedades más comunes asociadas con el dolor en la UCI, a continuación se abordarán los procedimientos médicos que generan dolor en este contexto.

Procedimientos asociados

Los procedimientos que se realizan en la UCI pueden ser tanto estresores psicológicos como físicos para los pacientes y una fuente significativa de dolor. Sin embargo, se sabe poco sobre el grado de dolor asociado a estos procedimientos (Puntillo et al., 2001).

Un grupo de investigadores (Puntillo et al., 2001) determinó que la intensidad del dolor varía significativamente antes de que el paciente sea expuesto a un procedimiento doloroso y durante el procedimiento. Algunos procedimientos que generan dolor en los pacientes son: el cuidado de heridas, el retiro de sistemas de drenaje, la aspiración traqueal, ser volteado, la extracción de la vaina femoral y la introducción de un catéter central (Puntillo et al., 2001).

Cada vez más, evidencia indica que el dolor generalmente acompaña la movilización o cambio de posición, y los pacientes lo clasifican como uno de los procedimientos más dolorosos en el contexto hospitalario (Payen, Bosson, Chanques, Mantz y Labarere, 2009; Puntillo et al., 2001; Vázquez et al., 2011; Gélinas, Arbour, Michaud, Vaillant y Desjardins, 2011).

El dolor asociado con el uso de procedimientos invasivos ha recibido, considerablemente, más consideración investigativa. La broncoscopia, la traqueostomía percutánea por dilatación, la colocación del tubo torácico, el cateterismo venoso central y el cateterismo de arteria pulmonar son algunos de ellos (Phua y Wahidi, 2009). Además, diversos tubos (nasogástrica y endotraqueal) y líneas centrales y arteriales no solo generan dolor sino también limitan y restringen al paciente (Aïssaoui, Zeggwagh, Zekraoui, Abidi y Abougal, 2005).

Otras investigaciones han señalado varios procedimientos dolorosos, además de los descritos, como: cambios de apósitos, posición en los colchones de aire (Aslan et al., 2009-10), procedimientos repetidos, fisioterapia (Rojas, 2012), inyecciones, y la aplicación de medicamentos por vía intravenosa (método IV push) (Kline et al., 2010).

Varios factores influyen en la experiencia del paciente acerca del dolor como la edad, el sexo, experiencias previas, creencias y la cultura (Vázquez et al., 2011). Según Puntillo et al. (2001) los factores que median en la experiencia dolorosa del paciente que surge por los procedimientos a los que se expone en la UCI son: la edad ya que, por ejemplo, lo que entiende un niño sobre el dolor que experimenta (el cual depende de su nivel de desarrollo y la naturaleza y diversidad de experiencias previas relacionadas) difiere de la percepción de un adulto; y la presencia de condiciones pre-existentes, especialmente de dolor crónico y el uso de opioides

Evaluación

La valoración del dolor es una fase del proceso que realiza el equipo interdisciplinario para recoger y recopilar datos sobre las características de dolor del sujeto a través de diversas fuentes como el mismo paciente, indicadores fisiológicos y comportamentales, y/o la descripción que la familia o cualquier otra persona que sea cercana al paciente pueda proveer.

A pesar de que la evaluación sistemática del dolor es de gran importancia, los métodos de valoración requieren consideración especial dentro del contexto de la UCI con pacientes que varían en su habilidad para participar en la evaluación de dolor (Puntillo et al., 2009).

Métodos de evaluación del dolor en UCI. Existen diversos métodos para evaluar el dolor de los pacientes en la UCI y se diferencian entre métodos subjetivos o de autorreporte y métodos objetivos.

El autorreporte se caracteriza por basarse en la respuesta emitida por el sujeto y se considera el método más fiable para evaluar el dolor (Puntillo et al., 2009; Vázquez et al., 2011). Existen diferentes métodos o instrumentos que ayudan al paciente a reportar su dolor, los cuales se describen a continuación.

La escala de clasificación numérica (0-10) (Numeric Rating Scale, NRS) es el instrumento más utilizado para evaluar el dolor en pacientes comunicativos (Puntillo et al., 2009). Sin embargo, su uso puede extenderse a pacientes no verbales que pueden parpadear o señalar para comunicar la presencia de dolor cuando el profesional indica cada número de la escala NRS (Puntillo et al., 2009). El paciente debe asignar al dolor un valor numérico entre dos puntos extremos (0: no dolor a 10: peor dolor posible). Los números pueden ser comunicados oralmente (Oral numeric rating scale, NRS-O) o utilizando soporte visual (Visually enlarged laminated, NRS-V) y ofrecen información sobre la intensidad del dolor (Chanques et al., 2010). Su uso,

seguido de una intervención médica, está asociado a una disminución en la incidencia e intensidad del dolor y la agitación en la UCI (Chanques et al., 2006).

La escala descriptiva verbal (Verbal Descriptor Scale, VDS), se basa en el uso de descriptores (“no dolor” a “dolor extremo”) que miden e indican el nivel de dolor del paciente (Chanques et al., 2010) y varían de 4 a 8 términos. Sin embargo, plantea el problema de que una misma palabra puede tener significados distintos entre los pacientes o incluso en un mismo paciente según el momento de la evaluación (Serrano-Atero et al., 2002).

La escala visual analógica (EVA) consiste en una línea de 10 cm que representa un espectro continuo de la experiencia dolorosa. La línea puede ser vertical u horizontal y termina en ángulo recto en sus extremos, en los cuales aparecen los siguientes términos “ausencia de dolor” y “dolor insoportable” sin ninguna otra descripción a lo largo de la línea (Chanques et al., 2010). El hecho de que no contenga números ni palabras descriptivas se considera una de sus principales ventajas porque otorga al paciente la libertad de indicar su dolor actual en relación con los dos extremos de la línea (Serrano-Atero et al., 2002).

Las escalas de intensidad del dolor descritas con anterioridad son medidas de autorreporte válidas y confiables en pacientes comunicativos en la UCI (Chanques et al., 2010), lo que permite una mejor detección del dolor en pacientes críticamente enfermos.

Además de la intensidad, la cualidad del dolor también se puede evaluar. El cuestionario de dolor de McGill es el instrumento de dolor de mayor divulgación que consta de 78 descriptores verbales de dolor distribuidos en 20 subclases que miden 3 dimensiones (sensorial, afectiva y evaluativa) (Boyle, Fernández y Ortet, 2003). Su aplicación dura de 15 a 20 minutos y se califica al sumar los resultados de cada subclase que dan lugar a las puntuaciones de las dimensiones sensorial, afectiva y evaluativa (Boyle, Fernández y Ortet, 2003).

Asimismo existe el cuestionario abreviado de dolor de McGill que se desarrolló como intento para disminuir el tiempo prolongado de aplicación. Incluye 15 descriptores en los que el paciente puntúa de 0 a 3 según sea su dolor: “ninguno”, “leve”, “moderado” e “intenso” y adjunta el índice PPI (Present Pain Index: índice de intensidad del dolor) y una escala visual analógica (VAS) (Arroyo-Novoa et al., 2008; Boyle, Fernández y Ortet, 2003). Es más rápido y sencillo de administrar, y su validez y consistencia ha sido ampliamente estudiada (Serrano-Atero et al., 2002).

Sin embargo, el cuestionario de dolor de McGill presenta algunas limitaciones: 1) los sistemas de calificación son psicométricamente complicados, 2) algunos descriptores que pertenecen a la dimensión evaluativa describen atributos de la dimensión afectiva por lo que es necesaria la reagrupación de diferentes descriptores, 3) varios descriptores verbales no son comprensibles para algunos pacientes o son ambiguos porque describen múltiples cualidades del dolor, 4) hay un número desigual de descriptores dentro de cada subclase y de subclases dentro de cada dimensión (la dimensión sensorial está compuesta por 10 subclases, la afectiva por 4 y la evaluativa por 1), por lo que no es posible la comparación directa entre las puntuaciones, y 5) no hay correspondencia entre las traducciones a pesar de que el cuestionario se ha traducido a más de 15 idiomas diferentes incluido el español (Boyle, Fernández y Ortet, 2003).

Otros métodos se han desarrollado actualmente por investigadores para evaluar el dolor en pacientes verbales como el cuestionario de 14 preguntas desarrollado por Cristina Granja, relacionado con las memorias de los pacientes sobre su estancia en la UCI, sus relaciones con los profesionales de la salud, sueños, pesadillas, trastornos del sueño, dificultades para concentrarse y recordar eventos recientes, fatiga y ser capaces de volver al nivel anterior de actividad. La pregunta número 11 del cuestionario contiene 25 ítems relacionados con la recolección de experiencias vividas en la UCI, como: la aspiración traqueal, pinchazos de agujas, dolor, sueño, y

dependencia al ventilador. Los ítems pueden ser clasificados en diferentes categorías: 0 ("no recuerdo"), 1 ("no fue difícil"), 2 ("era indiferente"), 3 ("era difícil pero necesario"), 4 ("era muy difícil"), y 5 ("fue terrible") (Granja et al., 2005).

Al seleccionar medidas de autorreporte del dolor es importante considerar las diferencias culturales y de lenguaje que pueden interferir en las respuestas del paciente y en el posterior manejo del dolor. Por ello, es necesario ofrecer herramientas de evaluación del dolor que estén adaptadas al lenguaje del paciente, promoviendo la evaluación y el manejo adecuado del dolor.

Los métodos objetivos del dolor se utilizan cuando los reportes que el paciente ofrece no son útiles dentro de la UCI. Múltiples factores afectan el uso y desarrollo de métodos subjetivos como la inhabilidad para verbalizar como consecuencia de la intubación, barreras culturales y del lenguaje y niveles alterados de consciencia (Puntillo et al., 2004).

De la revisión de literatura realizada, distintos instrumentos se han identificado como métodos utilizados para evaluar la presencia de dolor en pacientes no comunicativos en la UCI; entre ellos: 1) Pain Assessment Intervention and Notation (PAIN) Algorithm; 2) Nonverbal Pain Assessment Tool (NPAT); 3) Adult Nonverbal Pain Scale (NVPS); 4) Behavioral Pain Scale (BPS); 5) Critical-Care Pain Observational Tool (CPOT); 6) escala de Campbell; 7) Behavioral Pain Assessment Scale.

El *Pain Assessment Intervention and Notation (PAIN) Algorithm* fue desarrollado por un equipo de enfermeras en el 2001 para guiar a los profesionales de la salud en la evaluación sistemática del dolor y la toma de decisiones sobre la intervención a seguir. Está compuesto de 3 partes; la primera consiste en evaluar si el paciente está con dolor observando las dimensiones comportamentales (es decir, expresión facial, movimiento, postura, sonidos vocales) y el estado fisiológico (es decir, ritmo cardíaco, presión sanguínea, respiración) del paciente, la segunda requiere evaluar problemas potenciales que influyen en la decisión de proveer analgésicos a los

pacientes y la tercera es promover que el personal de enfermería tome una decisión sobre el tratamiento analgésico a seguir (Stites, 2013; Puntillo et al., 2009; Li, Puntillo y Miaskowski, 2008).

El test ofrece una guía sistemática para evaluar y tomar decisiones para tratar el dolor de manera detallada y diaria; sin embargo, es necesario que se ajuste al ambiente ocupado de la UCI (Puntillo et al., 2009). Además, es importante que se estandarice la observación de las dimensiones comportamentales y el estado fisiológico para asegurar su confiabilidad, porque y de acuerdo a lo descrito, los profesionales que lo aplican realizan juicios clínicos basados en su experiencia para interpretar las respuestas observadas (Puntillo et al., 2009; Li, Puntillo y Miaskowski, 2008).

El *Nonverbal Pain Assessment Tool (NPAT)* consiste en 5 categorías: emoción (respuesta afectiva a la situación), movimientos (cambio en el posicionamiento del cuerpo cuando no está en actividades de cuidado), pistas verbales (sonidos o vocalización que no sea el habla), expresión facial y movimientos vigilados (respuesta del cuerpo que implica que este se proteja del contacto externo). Cada categoría se puntúa en una escala de 0 a 2 y el puntaje total va de 0 a 10, donde 0 indica “no dolor” y 10 el “peor dolor experimentado” (Stites, 2013; Klein, Dumpe, Katz y Bena, 2010).

Generalmente, la enfermera o el profesional primero observa al paciente y puntúa las primeras 4 categorías. Luego, interactúa con el paciente y finalmente mide la última categoría (movimientos vigilados) (Klein, Dumpe, Katz y Bena, 2010). Tiene una fuerte consistencia interna, la validez es moderadamente alta y su uso es fácil, por lo que provee un enfoque estándar para evaluar el dolor en pacientes no verbales en la UCI (Klein, Dumpe, Katz y Bena, 2010).

El *Nonverbal Pain Scale (NVPS)* contiene tres dimensiones comportamentales: expresión facial, movimiento corporal y vigilancia, y cuatro dimensiones fisiológicas agrupadas en dos

categorías: cambios en los signos vitales durante 4 horas y cambios en el color de la piel, temperatura corporal y en la dilatación de la pupila. Cada dominio de la escala se califica de 0 a 2 y el puntaje total oscila entre 0 a 10, donde 0 significa “sin dolor” y 10 el “máximo dolor” (Stites, 2013; Li, Puntillo y Miaskowski, 2008).

Sin embargo, la NVPS tiene limitaciones respecto a su validez y confiabilidad para evaluar el dolor en pacientes no comunicativos en el contexto de la UCI (Li, Puntillo y Miaskowski, 2008). Además, los indicadores fisiológicos no están estandarizados y algunas dimensiones comportamentales que evalúa (sonreír y estar acostado en una posición normal) no necesariamente se equiparan a estados no dolorosos (Li, Puntillo y Miaskowski, 2008).

La escala de dolor comportamental (*Behavioral Pain Scale, BPS*) fue desarrollada por Payen et al. (2001) para evaluar el dolor en pacientes inconscientes ventilados mecánicamente y/o sedados. Está compuesta por tres ítems: expresión facial, movimientos de las extremidades superiores y el cumplimiento de la ventilación mecánica (Young, Siffleet, Nikoletti y Shaw, 2006). Son 12 ítems (4 por dominio) y cada uno se puntúa de 1 (no respuesta) a 4 (respuesta completa). Por tanto, las posibles calificaciones varían de 3 (no dolor) a 12 (dolor máximo).

Aïssaoui, Zeggwagh, Zekraoui, Abidi y Abougal (2005) evaluó la escala BPS en 30 UCIs generales a un total de 360 pacientes. Indicó que la BPS tiene una buena capacidad para cuantificar el cambio en el estado clínico y detectar procedimientos dolorosos sugiriendo que es una herramienta que puede utilizarse para detectar el impacto de estímulos dolorosos en los pacientes de la UCI.

Young, Siffleet, Nikoletti y Shaw (2006) determinaron la validez y fiabilidad de la escala BPS al evaluar el dolor en una muestra de 30 pacientes inconscientes de una UCI quienes estuvieron bajo dos procedimientos de rutina (reposicionamiento del cuerpo y el lavado de los

ojos con solución salina). Los resultados del estudio revelaron que la BPS es una herramienta válida para evaluar el dolor en pacientes inconscientes críticos.

La escala *Critical-Care Pain Observational Tool (CPOT)* fue originalmente desarrollada en Francia para determinar los indicadores de dolor más comunes en grupos focales de diferentes UCIs (Stites, 2013). La escala CPOT incluye 4 indicadores comportamentales: movimientos corporales, expresión facial, tensión muscular y conformidad con el ventilador/vocalización (pacientes no intubados) (Vázquez et al., 2011). La escala va de 0 (no dolor) a 8 (dolor máximo) (Puntillo et al., 2009) y permite evaluar el dolor tanto en pacientes con ventilación mecánica como en pacientes no intubados (Gélinas, Arbour, Michaud, Vaillant y Desjardins, 2011; Puntillo et al., 2009).

La escala de Campbell- *Behavioral pain assessment scale* evalúa la presencia de dolor en pacientes críticos que no pueden comunicarse. Se califica en una escala de 0 a 10 puntos con base en la observación de los comportamientos de los pacientes y se marca el número apropiado para cada categoría: musculatura facial, tranquilidad, tono muscular, respuesta verbal y confortabilidad/comodidad. Se suman los números obtenidos y el resultado se interpreta así: 0 (cero) sin evidencia de dolor, 1-3 dolor leve, 4-6 dolor moderado y mayor a 6 dolor severo (Erdek y Pronovost, 2004; Varela y Rivera, 2012).

Latorre Marco et al. (2011) propusieron una nueva versión de la escala de Campbell para pacientes críticos, no comunicativos y con ventilación mecánica, denominada Escala de Conductas Indicadoras de Dolor (ESCID) en español. La desarrollaron para tener un instrumento válido para evaluar el dolor en pacientes críticos. Está compuesto por cinco ítems: musculatura facial, tranquilidad, tono muscular, confortabilidad y adaptación a la ventilación mecánica, con puntuaciones de 0 a 2 (Latorre Marco et al., 2011). El último ítem supone la diferencia con la

escala de Campbell que en su lugar tenía “respuesta verbal”, que no era adaptable a pacientes no verbales.

La escala de evaluación de dolor comportamental (*Behavioral pain assessment scale*) ha sido utilizada en pacientes que no pueden dar autorreporte sobre su dolor. Se califica en una escala de 0 a 10 puntos con base en la observación de los comportamientos de los pacientes y se marca el número apropiado para cada categoría: “facie”, “inquietud”, “tono muscular”, “vocalización” y “consuelo”. Se suman los números obtenidos y el resultado que de significa: 0 (cero) sin evidencia de dolor, 1-3 dolor leve, 4-5 dolor moderado y mayor a 6 dolor severo (Erdek y Pronovost, 2004).

Además, los métodos objetivos incluyen el uso de indicadores fisiológicos relacionados con la sensación dolorosa (respuestas cardiovasculares, respuestas respiratorias y respuestas cerebrales) que permiten su evaluación (Gélinas, Fortier, Viens, Fillion y Puntillo, 2004; Echeverri y Molina, 2003; Giraldo y Crespo, 2012; Puntillo et al., 2009).

Como complemento de los métodos subjetivo y objetivo, existe el informe sustituto o *Surrogate Reporting* en el cual los familiares pueden ofrecer sus propias perspectivas acerca del dolor actual del paciente y proveer una descripción de los comportamientos que puedan indicar dolor basados en la historia que han vivido juntos (Puntillo et al., 2009; Herr et al., 2006).

Intervención

La integración de modalidades terapéuticas diversas para el tratamiento del dolor en el contexto de la UCI es importante porque permite un manejo adecuado de éste. El equipo multidisciplinario para el tratamiento del dolor se define como un conjunto de personas con diferentes formaciones académicas y campos de acción como lo son médicos, enfermeras, paramédicos, fisioterapeutas, psicólogos, entre otros que por medio de un trabajo grupal y coordinado, contribuyen al objetivo común de establecer un diagnóstico correcto y estrategias de intervención más efectivas para el dolor.

El dolor no sólo es una experiencia sensorial y física sino también emocional asociado a un daño tisular real o potencial (IASP, 1979). Esta definición resalta no solo los diferentes aspectos fisiológicos asociados a esta experiencia subjetiva, sino también psicológicos como mediadores de la percepción, mantenimiento y exacerbación del dolor. Además, el dolor desencadena tanto respuestas fisiológicas (la taquicardia, el aumento del consumo miocárdico de oxígeno, la hipercoagulabilidad, la inmunosupresión, y la disfunción pulmonar) (Ramos y Samsó, 2007); como psicológicas (el estrés, la ansiedad y la agitación). La consideración de estas últimas resalta la contribución que el psicólogo puede ofrecer en la evaluación e intervención del dolor en la UCI.

Así, los profesionales de la salud en este contexto tienen un papel importante en el manejo del dolor, pues no basta administrar analgésicos y sedantes, ya que el dolor es una verdadera experiencia que amenaza la integridad física, emocional, psicológica, social y de salud del paciente crítico. Es necesario admitir la multidimensionalidad del dolor y profundizar sobre el verdadero significado del mismo, que entre otras es considerado una enfermedad dependiendo de su duración.

La intervención médica y de enfermería del dolor en la UCI enfatiza un abordaje farmacológico que incluye analgésicos y sedantes administrados de manera concomitante para enfermedades y procedimientos dolorosos y molestos. Sin embargo, cuando se utilizan de forma individual, los sedantes se administran de forma más frecuente que los analgésicos. La razón de ello según Gélinas et al. (2004) es porque los profesionales buscan proveer comodidad a los pacientes y minimizar indicadores de ansiedad.

Los fármacos sedantes se dividen en anestésicos y en ansiolíticos-hipnóticos y tienen por función inducir al paciente en un estado relajado y tranquilo en el que se está libre de ansiedad (Chávez, Mendoza, Acuña, Losas y Silva, 2005). Dentro de esta gama de medicamentos, el más utilizado y de uso extendido en la UCI actualmente es el Midazolam (Gélinas et al., 2004), el cual es de acción rápida aunque se suele emplear también en infusiones prolongadas. Su vida media es de 30 a 11 horas (Ramos y Samsó, 2007).

Otros sedantes de uso menos frecuente en este contexto son el Lorazepam y el Propofol (Gélinas et al., 2004). El Lorazepam es el agente recomendado para la sedación prolongada, sin embargo, no es útil para la obtención de un rápido efecto sedante y se aconseja administrarlo de forma intermitente en bolos endovenosos aunque puede ser administrado también en infusión continua (Ramos y Samsó, 2007). Por el contrario, el Propofol es de acción rápida y produce un despertar rápido y confortable comparado con el Midazolam, sin embargo, produce los siguientes efectos secundarios en infusiones prolongadas: hipertrigliceridemia, acidosis metabólica, shock cardiogénico, depresión respiratoria, e hipotensión arterial, entre otros (Ramos y Samsó, 2007; Chávez et al., 2005).

Por otro lado, los fármacos analgésicos se dividen en no opiáceos y en opiáceos y tienen por función inducir al paciente en un estado inconsciente, aliviando el dolor, proveyendo relajación muscular y eliminando reflejos indeseables como taquicardia e hipertensión (Chávez et

al., 2005). En la UCI el analgésico endovenoso más utilizado son los opioides, los cuales según Gélinas et al. (2004) deben tener iniciación rápida, eficacia predecible, duración de acción corta con pocos efectos secundarios y poca o ninguna tendencia a causar dependencia. Entre ellos están:

(1) la Morfina que es el analgésico opioide recomendado de primera línea en la UCI debido a su potencia, eficacia analgésica y bajo coste (Gélinas et al., 2004; Ramos y Samsó, 2007; Chávez et al., 2005) sin embargo, entre los efectos secundarios que se le atribuyen están la depresión respiratoria, la sedación, náuseas, íleo y espasmo del esfínter de Oddí; (2) el Fentanil, analgésico de acción corta pero que con administración continuada se recomienda en caso de inestabilidad hemodinámica, alergia a Morfina, pacientes con síntomas de histaminoliberación con la Morfina e insuficiencia renal (Gélinas et al., 2004; Ramos y Samsó, 2007); (3) la Hidromorfona, de uso menos frecuente (Gélinas et al., 2004); (4) la Metadona; y (5) el Remifentanilo. Otras terapias incluyen la perfusión y la administración de la metotrimeprazina y el haloperidol epidural (Gélinas et al., 2004).

Es importante resaltar que la intervención de enfermería no solo se centra en el abordaje farmacológico del dolor sino también en tratamientos no farmacológicos como complemento terapéutico. Las enfermeras utilizan estrategias de intervención como: cambio de posición, aspiración endotraqueal, medidas de seguridad (gasometría arterial, ajuste del ventilador o postergo del proceso de extubación, uso de sistemas de retención, o inserción de una cánula orofaríngea) y otras medidas de comodidad (masajes, cuidado oral, cuidado de heridas, consuelo y suministro de información) (Gélinas et al., 2004; Echeverri y Molina, 2003).

En relación a los tratamientos farmacológicos descritos, ha sido de gran interés investigativo el trastorno de estrés postraumático (TEPT). Distintos factores están asociados con el TEPT en pacientes críticos como: la gravedad del trauma, los antecedentes de angustia

psiquiátrica (Tedstone y Tarrier, 2003) y los recuerdos estresantes de la UCI (Jones, Griffiths, Humphris y Skirrow, 2001). Sin embargo, es importante resaltar que dependiendo del tratamiento farmacológico que reciba el paciente crítico, este puede reportar o no recuerdos del momento de ingreso a la UCI y de su estancia en esta. En relación a lo descrito, y en contraposición a la creencia general, memorias de los hechos pueden proteger contra el posterior desarrollo de TEPT, mientras que la dificultad para recordarlos tras el egreso de la UCI se asocia con mayor ansiedad y/o depresión (Granja et al., 2005; Jones, Griffiths, Humphris y Skirrow, 2001).

Según Gélinas et al. (2004) las enfermeras que atienden en el contexto de la UCI, generalmente, administran sedantes en vez de agentes analgésicos por falta de una conclusión definitiva sobre la situación de dolor del paciente crítico, por su comportamiento que indica ansiedad y por estar intubados; los cuales, entre sus efectos, producen amnesia. Sin embargo, la literatura reporta que una de las razones por la que los pacientes sobrevivientes de la UCI experimentan consecuencias neuropsicológicas y experiencias estresantes son los factores relacionados a problemas de memoria, principalmente, recuerdos delirantes y amnesia (Granja et al., 2005). Por tanto, es importante utilizar estrategias para reforzar y ayudar a mantener recuerdos al dialogar con los pacientes, explicar los procedimientos utilizados, informar sobre tiempo (ciclo día y noche) y espacio para mantenerlos orientados, y minimizar estímulos sensoriales, de ruido y luces para establecer un ambiente agradable y menos estresante (Granja et al., 2005).

Aunque en la UCI se presentan dolores de tipo agudo y crónico, la literatura reporta que predomina la presentación del dolor agudo que es potencialmente cronificable. Por tanto, el tratamiento adecuado y oportuno del dolor agudo es considerado un potencial factor protector del desarrollo de dolor crónico, y de las consecuencias físicas y psicosociales negativas de su manejo inadecuado como lo es la prolongación del período de recuperación, aumento de la duración de la

estancia y los costos de la atención sanitaria, y decremento de la satisfacción del paciente junto a experiencias de ansiedad, agitación y emociones negativas (Dunwoody, Krenzischek, Pasero, Rathmell y Polomano, 2008).

Dada la complejidad del dolor crónico, el cual se caracteriza por ser persistente y con frecuencia resistente a la terapéutica médica convencional (Araos, 2007), se hace importante la necesidad de un tratamiento multidisciplinario. En el dolor crónico, las variables psicológicas y de personalidad asociadas son variadas y su identificación es de importancia por ser predictores de cronicidad. El componente afectivo del dolor incorpora una gama de emociones negativas como la depresión y la ansiedad, las cuales constituyen unas de las respuestas mediadoras de la experiencia de dolor (Truyols, Pérez, Medinas, Palmer y Sesé, 2008). Además, las estrategias de afrontamiento del paciente, y las creencias y expectativas de éste son factores de mediación significativos a tener en cuenta (Araos, 2007).

El dolor crónico debe ser abordado de manera multidimensional e interdisciplinaria. Varios enfoques terapéuticos han propuesto estrategias para el manejo del mismo; entre ellos, el enfoque cognitivo conductual, a través de cuyas intervenciones se puede reducir el dolor, mejorar la movilidad física y el estado afectivo y cognitivo de la persona. Según Oblitas (2008) uno de los tratamientos utilizados desde esta perspectiva terapéutica es el Programa de tratamiento de Philips que se dirige a: (1) informar al paciente sobre las posibilidades de control del dolor; (2) desarrollar estrategias terapéuticas concretas; (3) asignar tareas; y (4) revisar estas últimas en la consulta.

Los pacientes que se encuentran en la UCI frecuentemente se sienten incómodos por distintas razones, una de ellas es el dolor asociado a los procedimientos como traqueostomías, gastrostomías, aspiración traqueal, cambio de posición, drenajes, entre otros. Otra de las razones tiene que ver con el ambiente y el constante ruido que se genera por los aparatos técnicos que se

utilizan, lo que dificulta la posibilidad de dormir. Es por esto que el personal médico y de enfermería debe lidiar con el malestar del paciente, donde en algunos es necesario utilizar sedación para llevarlos a un nivel de conciencia que permita realizar los procedimientos requeridos. Sin embargo, en lo referente al paciente con dolor, Park et al. (2007) indican que la sedación permite que los pacientes no se quejen de dolor lo que complica la evaluación del mismo, ya que se encuentran “inconscientes”. De acuerdo con Sakata (2010), el uso de sedantes ha sido controversial pues en el pasado los profesionales de la salud preferían usar sedación profunda en los pacientes, sin embargo se dieron cuenta que su uso excesivo causaba úlceras, ventilación mecánica prolongada y delirium.

Según el estudio de Sakata (2010) mencionado anteriormente, menos del 50% de los pacientes tienen un control adecuado del dolor en UCI, sin embargo entre las barreras para completar el 100% están: métodos de evaluación del dolor inadecuados, falta de capacitación por parte de los profesionales de la salud para evaluar y tratar el dolor y falta de comunicación. Lo que dio a conocer que parte de la recuperación satisfactoria de los pacientes se debe al uso de analgésicos, sedantes y manejo del dolor.

Contribución del Psicólogo en la evaluación y la intervención interdisciplinaria del dolor en UCI

La contribución del Psicólogo frente a la evaluación e intervención interdisciplinaria del dolor en UCI se realiza primordialmente con el paciente, la familia y el equipo de salud.

La Psicología de la Salud se interesa, entre otros, en el impacto psicológico que la enfermedad física causa en la persona y en su entorno y por tanto entre sus objetivos está favorecer estados de bienestar psicosocial y guiar a la persona en la identificación de estrategias de afrontamiento y adaptación a la enfermedad o a las condición de salud que tenga.

Específicamente en lo que respecta al paciente en la UCI, este se encuentra en un ámbito estresante en el que característicamente se generan diversidad de experiencias, pensamientos, emociones y sentimientos negativos. Entre las experiencias cuyo componente emocional es comúnmente negativo, está el dolor que experimentan estos pacientes que en congruencia con Esper y Hernández (2011) involucra variables psicológicas que influyen de manera significativa en la respuesta de los pacientes al tratamiento médico. De acuerdo con lo anterior, es válido indicar que el psicólogo tendrá dentro de sus funciones en la UCI realizar evaluación e intervención psicológica de los aspectos afectivos y emocionales propios del proceso que la condición médica crítica del paciente implica, entre ellos el dolor, contribuyendo de esa manera al ajuste y la adaptación a la enfermedad y al contexto de la UCI.

Intervención psicológica con los profesionales de la salud. Los profesionales de la salud tienen un papel crucial en el cuidado y manejo del dolor en los pacientes de la UCI. Entre las actividades que ejercen se encuentran: (1) el uso de métodos de evaluación estandarizados del dolor; (2) empleo de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas para el dolor; y (3) evaluaciones regulares de su tratamiento. Sin embargo, existen distintas acciones y creencias que actúan como barreras tanto para el paciente como para el profesional de la salud en la reducción y

control del dolor en la UCI como, por ejemplo, que el paciente esté sedado, los deseos de la familia y las políticas del hospital (Rose et al., 2011; Wang y Tsai, 2010). Además, el conocimiento del personal de la salud acerca de los procedimientos y enfermedades que producen dolor en la UCI y sus actitudes sobre el dolor, son componentes importantes que determinan sus comportamientos en relación al manejo del dolor (Wang y Tsai, 2010).

El manejo adecuado y efectivo del dolor en la UCI generalmente está relacionado con los conocimientos, las creencias y las actitudes del personal de la salud. Sin embargo, y a pesar de que ellos tienen un rol importante en el cuidado del dolor del paciente, varios estudios han demostrado que la información que manejan al respecto es inadecuada e inapropiada (Wang y Tsai, 2010; Marino, 2007; Cason et al., 1999). Los estudios mencionados anteriormente sugieren que el conocimiento inadecuado de las enfermeras sobre el tratamiento farmacológico del dolor que se ofrece en la UCI (según Marino (2007) en específico los riesgos de la sedación, la depresión respiratoria, y/o el poder adictivo de los opioides, a menudo conduce a la administración inadecuada de medicamentos.

Identificar y evaluar los factores que intervienen en los comportamientos del equipo de salud en la UCI como: (1) las actitudes positivas o negativas del personal de salud hacia un comportamiento determinado por creencias comportamentales y la probabilidad subjetiva de que el comportamiento producirá un resultado, (2) la presión social percibida por el personal para realizar un comportamiento el cual está determinado por comportamientos normativos, y (3) la percepción del personal de sus habilidades para realizar algún comportamiento (Ajzen, 1991); facilita el posterior desarrollo y diseño de programas educativos centrados en la formación, entrenamiento y toma de decisiones sobre el dolor en la UCI.

Las intervenciones basadas en la educación como el uso de programas estructurados que proveen información acerca del dolor y los recursos y servicios disponibles para su evaluación y

tratamiento adecuado (Gustafsson y Borglin, 2013; Allard, Maunsell, Labbé y Dorval, 2001) son una estrategia válida para mejorar el cuidado de los pacientes y sus respuestas al dolor. Este tipo de intervenciones puede mejorar el conocimiento del personal médico y sus actitudes sobre el dolor (Patiraki et al., 2006).

Los programas educativos pueden desarrollarse en diferentes ámbitos, incluyendo los espacios que los médicos utilizan con este fin como: revistas, juntas de casos y/o seminarios de club de revistas. La creación y desarrollo de estos programas están a cargo de los profesionales que participan activamente en la evaluación y manejo del dolor y van dirigidos a los mismos. Son ellos, el personal calificado para ampliar y manejar la información sobre el dolor.

Cada profesional desde su campo de acción, está en la capacidad de proporcionar información sobre el dolor, que complementa el conocimiento de los demás miembros del equipo de salud sobre el tema. Se trata de construir un espacio para el conocimiento en el que se respeten y se reconozcan los alcances y los límites de las diferentes profesiones, y se rescaten y comprendan las funciones de cada uno en el manejo interdisciplinario del paciente con dolor dentro de la UCI.

Cason et al. (1999) propone el siguiente formato y/o guía para la ejecución de un programa educativo para el manejo del dolor:

(1) Proporcionar una unidad de educación continua, en la que se ofrezca información sobre terapias para el dolor efectivas. Los miembros del personal, además, pueden contribuir a la Unidad al presentar casos y analizarlos facilitando ejemplos de atención del dolor y reconociendo a los individuos que lo otorgaron. Además, de manera alternativa, los casos de pacientes que recibieron un buen manejo del dolor pueden ser contrastados con casos de mal manejo, con el fin de identificar factores que contribuyeron al desarrollo de cada caso y a identificar estrategias que

contribuyan a fortalecer los factores que facilitaron o dificultaron el manejo del dolor adecuado (Cason et al., 1999).

(2) Incluir estrategias para el manejo del dolor en todas las discusiones sobre cuidado, es decir, los miembros de la unidad de educación deben proveer al personal de la salud información actualizada sobre evaluación del dolor y tratamiento cuando se discuta sobre procedimientos o cuidados para el paciente. Ello se realiza con el objetivo de hacer del manejo del dolor un aspecto prioritario al momento de otorgar atención de calidad (Cason et al., 1999).

(3) Proveer retroalimentación a los profesionales de la salud sobre cómo manejan el dolor del paciente (Cason et al., 1999).

(4) Evaluar el tipo y la cantidad de información sobre dolor y manejo del dolor que tenga el personal de salud nuevo e informar sobre los procedimientos y protocolos que el hospital o centro de salud maneja (Cason et al., 1999).

(5) Incluir evaluación y manejo del dolor como competencias fundamentales que el personal de salud debe tener, en las evaluaciones periódicas que se realizan en el hospital. El manejo del dolor es un procedimiento esencial e importante al igual que otros tipos de intervenciones, por tanto, tener conocimiento sobre el dolor y su tratamiento son habilidades que debe utilizar el personal de la salud (Cason et al., 1999).

(6) Evaluar los costos y beneficios de utilizar un profesional con responsabilidades específicas en el manejo del dolor (Cason et al., 1999).

En adición, para mejorar la evaluación y manejo del dolor en pacientes críticamente enfermos, otros estudios (Erdek y Pronovost, 2004) han demostrado que enseñar y educar al personal de salud en la UCI sobre: (1) la importancia del dolor y sobre la necesidad de utilizar medidas de dolor estandarizadas; (2) el reporte del dolor de los pacientes durante las rondas al valorar el dolor por medio de instrumentos y escalas; (3) el reconocimiento de que puntaje de

dolor mayor a 3 (>3) es un evento adverso prevenible que requiere una intervención inmediata y explícita para reducir el dolor; está asociado con mejoras significativas tanto en la evaluación como en el manejo del dolor específicamente en la UCI (Erdek y Pronovost, 2004).

Este tipo de estudios sirven como punto de referencia para utilizar intervenciones educativas para el personal médico sobre el dolor en las UCI con el fin de mejorar la práctica clínica y el control y manejo del dolor en los pacientes.

Además, el desarrollo de los programas educativos antes mencionados genera el espacio idóneo para que el psicólogo presente y justifique el rol que tiene dentro de la UCI en la evaluación e intervención del dolor. Entre las distintas funciones que tiene se encuentran el manejo de: (1) las dimensiones que intervienen en la percepción dolorosa y cómo estos median su experiencia en la UCI, y (2) las consecuencias de tipo emocional que puede provocar el dolor.

Las dimensiones que intervienen en la percepción dolorosa que según la teoría multidimensional de Melzack y Casey (1968) son la sensorial, la cognitiva y la afectiva. Esta teoría argumenta que el dolor no puede solo considerarse como una experiencia sensorial ya que también es un acontecimiento vital complejo que tiene varias dimensiones por lo que es apto de estudio e intervención por diversas disciplinas científicas, entre ellas, la Psicología.

La dimensión sensorial-discriminativa está relacionada con los mecanismos fisiológicos del dolor y a partir de su evaluación se puede informar sobre su intensidad, cualidad y localización (Melzack y Casey, 1968). La dimensión cognitivo-evaluativa se refiere a las creencias, valores culturales y variables cognitivas del individuo en relación al dolor, como la percepción de autoeficacia, de control, anticipación del dolor, experiencias previas, evaluación del significado del dolor y los procedimientos asociados a este, y sus consecuencias, entre otros (Melzack y Casey, 1968; Vázquez et al., 2011). Y la dimensión motivacional-afectiva implica la cualidad subjetiva y emocional de la experiencia de dolor (Melzack y Casey, 1968).

En concreto la dimensión afectiva se centra en los aspectos de sufrimiento, aversión, desagrado (Chóliz, 1994) y miedo (Eccleston, 2001) de la experiencia de dolor y las principales reacciones emocionales relacionadas con el dolor como la ansiedad y la depresión (Chóliz, 1994).

Debido a que el dolor es, entre otros, un componente de amenaza que requiere atención y vigilancia y, por dicha percepción, una experiencia que produce miedo y desagrado, el paciente crítico puede presentar conductas de evitación, que tendrán un papel importante en el mantenimiento de las conductas de dolor y de la propia vivencia dolorosa (Eccleston, 2001; Chóliz, 1994).

Además, el paciente crítico puede presentar reacciones emocionales que surgen como resultado de la experiencia del dolor y su interpretación del mismo, como la depresión. Según Eccleston (2001) la depresión no surge de manera directa por la intensidad del dolor sino por las consecuencias discapacitantes de cómo se reacciona ante este. Existen diferentes facetas de la depresión que son importantes para entender el dolor del paciente como: la ira, el cual a pesar de no asociarse siempre con la depresión es poco entendida en pacientes con dolor; y la auto-denigración en el que el paciente evalúa su autoestima y habilidades negativamente (Eccleston, 2001).

Otra de las funciones que tiene el psicólogo en la UCI es el manejo de las consecuencias de tipo emocional que puede provocar el dolor, como la ansiedad (Aslan, Badir, Arli y Cakmkc, 2009-10), el insomnio (Aslan, Badir, Arli y Cakmkc, 2009-10; Granja et al., 2005), la desorientación (Lam et al., 2008), la agitación y el delirio (Tate, 2013).

Los profesionales de la salud tienen el deber de conocer y analizar no solo el problema que tiene el paciente o la enfermedad, sino también las variables antecedentes, orgánicas y las consecuencias ambientales que influyen en el proceso de salud-enfermedad del paciente (Hersen y Bellack, 1986). El psicólogo trabaja con estos aspectos para contextualizar el problema del

paciente y ofrecer un tratamiento idóneo. Además, tiene en cuenta las particularidades y características propias y personales de cada individuo, el cual responde de manera distinta ante los estímulos que producen dolor y ante los procedimientos y fármacos que se utilizan para manejarlo. Por tanto, el psicólogo valora aspectos como la personalidad, el género, la edad, la cultura en la que se encuentra el paciente (Eccleston, 2001) y sus habilidades de afrontamiento.

No tener conocimiento de estos factores puede llevar a una evaluación y tratamiento erróneo que afecta significativamente al paciente y su bienestar. Por eso, el psicólogo posee las herramientas para analizar y profundizar en la experiencia del dolor del paciente, y los efectos que tiene en su comportamiento y emoción.

Intervención psicológica con el paciente. Al ser el dolor no solo una experiencia sensorial sino también emocional, se otorga especial importancia a la subjetividad del paciente destacando los factores psicológicos como mediadores de la percepción, el mantenimiento y la exacerbación del dolor (Truyols et al., 2008). La consideración de estas variables ha permitido la incorporación de la Psicología y los psicólogos a su estudio y tratamiento.

Las distintas corrientes psicológicas han proporcionado diferentes consideraciones del dolor, especialmente el Conductismo el cual ha desarrollado y profundizado sobre: las conductas del dolor (Gaviria y Vieco, 2005), instrumentos de evaluación e intervención terapéutica; y el Cognitivismo que ha destacado la importancia del significado y la experiencia del dolor, observando la influencia de los componentes motivacionales y de pensamiento y examinando las variables antecedentes, modificadoras y moduladoras como las creencias, las atribuciones, las expectativas, la autoeficacia, el autocontrol, la atención, el afrontamiento, la resolución de problemas, las autoinstrucciones, y la imaginación (Turk, Meichenbaum y Genest, 1983).

Los factores psicológicos del dolor involucran, principalmente, dos dimensiones: la dimensión cognitiva que refiere a las creencias, valores culturales y variables cognitivas; y la

dimensión afectiva que implica la cualidad subjetiva y emocional de la experiencia de dolor (Melzack y Casey, 1968). En concreto el componente afectivo incorpora toda una gama de emociones negativas como la depresión, la ansiedad y la ira, las cuales se han relacionado con el origen, el mantenimiento y la exacerbación del dolor, específicamente, del dolor crónico (Ackerman y Stevens, 1989), generando efectos adversos en la calidad de vida del paciente, en el deterioro funcional y en la respuesta al tratamiento (Bair, Robinson Katon y Kroenke, 2003). Asimismo, la falta de expresión emocional está relacionado con una mayor experiencia de dolor (Keefe et al., 2001).

La relación entre ansiedad y dolor ha sido expuesta por diversos autores que se mencionarán a continuación constituyendo una de las variables potenciadoras y mantenedoras del dolor y además, una de las respuestas psicológicas de la experiencia de dolor más identificadas. Entre los autores que han hablado de la relación entre ansiedad y dolor están Gaviria y Vieco (2005) quienes han estudiado la influencia de las emociones negativas (miedo, tristeza, ira) en el dolor crónico, así como la morbilidad psicológica asociada con esta (ansiedad y depresión). Estos autores se han planteado si en realidad el estado de ánimo deprimido aumenta la sensibilidad al dolor o si la experiencia del dolor ocasiona la aparición del estado de ánimo deprimido. Ellos encontraron que en algunos individuos el dolor antecede a las emociones negativas, mientras que en otros las emociones negativas preceden al dolor. Tradicionalmente se ha dicho que el dolor agudo se asocia con la ansiedad, y el dolor crónico con la depresión. En general, no hay resultados concluyentes sobre esta relación (Gaviria y Vieco, 2005).

Como se mencionó anteriormente, la ansiedad y depresión están estrechamente relacionadas con el dolor y la estancia prolongada en la UCI, así como los procedimientos y restricciones en los horarios de visita, es por eso que si la ansiedad aumenta la percepción del

dolor, al disminuir los niveles de ansiedad del paciente, también podría disminuirse la sensación de dolor (Van-der Hofstadt y Guiles, 2001).

Específicamente, la relación entre ansiedad y dolor crónico constituye una de las respuestas psicológicas mediadoras de la experiencia de dolor (Taberner et al., 2008). La ansiedad actúa como mantenedor y potenciador del dolor, es decir cuanto mayor sea el nivel de ansiedad experimentado por la falta de información sobre los procedimientos habituales (cambios de cánula, posición, intubación, entre otras rutinas practicadas en la UCI), mayor será la intensidad del dolor percibido, lo que ocasionará un incremento en la tensión muscular y esta a su vez, una percepción cada vez mayor de dolor (Taberner et al., 2008). Estos autores proponen dos hipótesis explicativas en las que tratan de establecer los mecanismos de acción que regulan la relación entre ansiedad y dolor, la primera hace referencia a la influencia de la ansiedad frente al grado de tensión muscular perpetuando el input nociceptivo al actuar de modo reflejo sobre la zona adolorida, generando un círculo vicioso de dolor-ansiedad-tensión-dolor. La segunda incluye la ansiedad como parte integral de la reacción de estrés ante el dolor.

La relación que hay entre la depresión y el dolor crónico teniendo en cuenta el estudio de Taberner et al. (2008) se refiere a la depresión como una de las respuestas emocionales más frecuentes asociadas al dolor. La presencia de depresión en pacientes con dolor crónico genera un incremento de las distorsiones cognitivas frente a la enfermedad e intensidad del dolor asociado a procedimientos dolorosos en la UCI, así como dificultad para expresar sentimientos negativos (Taberner, 2008).

Teniendo en cuenta lo mencionado, el psicólogo podrá evaluar si el paciente presenta depresión mediante diversas estrategias e instrumentos psicométricos. Un ejemplo de ello es el *Inventario para la depresión de Beck* siendo un instrumento auto-aplicado que consta de 21 ítems donde la persona deberá escoger entre cuatro opciones de respuesta la frase que más se ajuste a su

estado durante las dos últimas semanas incluyendo el día en el que responde el cuestionario. Cada ítem se evalúa de 0 a 3 puntos, obteniendo una puntuación total entre 0 a 63. A partir de los resultados obtenidos se abordará los aspectos que más interese frente a la percepción que tenga de su dolor, además de pensamientos distorsionados de su experiencia dolorosa (Taberner et al., 2008).

Por último, la relación entre la ira y el dolor crónico se asocia con la adaptación de los pacientes al contexto de la UCI y las condiciones a las cuales se van a enfrentar, como cambio de hábitos, ruido, dificultad para dormir, constantes exámenes de rutina, entre otros. La frustración frente a la enfermedad y quejas constantes por parte de los pacientes aumenta la probabilidad de experimentar estados emocionales de ira (Taberner et al., 2008). Esta emoción será igualmente objeto de atención psicológica en pro de favorecer el ajuste del paciente en UCI.

De acuerdo con lo anterior, las técnicas de intervención psicológica para el dolor son pertinentes en el marco de un abordaje multidisciplinar y tienen por objetivo modificar actitudes y comportamientos manifiestos del paciente alrededor del dolor (Truyols et al., 2008); modificar la experiencia subjetiva del dolor (Truyols et al., 2008); aumentar el bienestar físico y psicológico del paciente (Muriel, 2007); y prevenir complicaciones futuras como la presencia y mantenimiento de la ansiedad y la depresión, o la cronificación del dolor (Muriel, 2007). Su uso estará determinado por las características del dolor, las circunstancias psicosociales del paciente y por la idoneidad de su uso (Muriel, 2007).

De acuerdo con lo anterior, el abordaje psicológico del paciente con dolor puede hacerse desde el enfoque de autorregulación (técnicas de retroinformación biológica biofeedback, relajación y respiración, hipnosis y terapia de autorregulación, y Mindfulness); desde el enfoque comportamental (terapia de comportamiento operante y evitación del miedo); (3) desde la terapia

cognitivo-comportamental, y (4) desde la terapia de aceptación y terapia de compromiso así como desde otras terapias conductuales de tercera generación (Kerns, Sellinger y Goodin, 2011).

Enfoque de autorregulación. Incluye técnicas de retroinformación biológica (biofeedback), relajación y respiración, hipnosis y terapia de autorregulación, y Mindfulness.

Retroinformación biológica (biofeedback). Se define como cualquier técnica que utilice instrumentación para proveer información precisa y directa a un individuo sobre ciertos procesos y/o respuestas psicofisiológicas, facilitando la percepción de estas y consiguiendo su control voluntario. Además, busca que el sujeto sea capaz de poner en práctica posteriormente este control a voluntad sin el uso de instrumentación en las condiciones habituales que considere pertinentes (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008).

En el contexto del manejo del dolor las funciones fisiológicas blanco son los factores que están relacionados con exacerbaciones del dolor o los relacionados con respuestas emocionales al dolor (Kerns, Sellinger y Goodin, 2011). Así por ejemplo, el paciente de la UCI que ha conseguido controlar sus respuestas de tensión muscular durante algún procedimiento doloroso logrará evitar la aparición de esta experiencia, lo que a su vez facilitara que pierda el miedo o la ansiedad que le producían dichos procedimientos. En este caso es evidente que el cambio fisiológico especializado, afecta otras respuestas fisiológicas así como a respuestas motoras y cognitivas.

Relajación y respiración. Las técnicas de control de la activación: relajación y respiración, son procedimientos indicados para la reducción de la ansiedad. Su acción terapéutica se explica en los siguientes enunciados: (1) el dolor, en ciertas ocasiones, es consecuencia de una tensión muscular excesiva en determinadas zonas del cuerpo, por lo que la relajación en dichas partes significaría un alivio o control del dolor; (2) la ansiedad tiene un rol importante en la génesis, el mantenimiento y la exacerbación del dolor, por tanto, la disminución de los niveles de

ansiedad supondría un cambio en la experiencia subjetiva del dolor, y (3) la disminución de la ansiedad al controlar el dolor modificaría la dimensión cognitiva del sujeto (la dimensión sensorial, afectiva y cognitiva se relacionan y afectan de manera conjunta) aumentando la sensación de autoeficacia y autocontrol (Muriel, 2007).

Las técnicas de relajación tienen por objetivo enseñar al paciente a controlar su propio nivel de activación o tensión, en especial la activación emocional (por ejemplo, el dolor), sin ayuda de recursos externos para evitar el desarrollo de desequilibrios que repercutan en múltiples aspectos como el estado de ánimo y el bienestar físico y psicológico del individuo (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008). De acuerdo con estos mismos autores, la tensión o activación puede producirse por distintos aspectos como los pensamientos (catastrofización), condiciones externas (el ambiente de la UCI y los procedimientos dolorosos), e incluso las propias conductas (quedarse inmóvil).

Las técnicas de relajación más utilizadas en el ámbito de la modificación de la conducta son la relajación progresiva y el entrenamiento autógeno (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008). En la relajación progresiva se enseña al individuo a relajarse por medio de ejercicios en los que debe tensionar y relajar de forma alternativa los distintos grupos musculares con el objetivo de que aprenda a identificar las señales fisiológicas provenientes de sus músculos cuando están en tensión y después practique las habilidades aprendidas para disminuirlas. Y en el entrenamiento autógeno se proporcionan ejercicios de relajación que buscan producir un cambio en el estado de consciencia (no tan profundo como en la hipnosis) que el propio sujeto puede generar a voluntad (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008).

Las técnicas de respiración parten del principio de que una adecuada oxigenación del organismo, que supone que los pulmones se expandan al máximo por la acción combinada de músculos intercostales y el diafragma, conlleva un mejor funcionamiento de los organismos y un

menor trabajo cardíaco lo que disminuye la aparición de fatiga muscular y la sensación de ansiedad (factor psicológico asociado al dolor) (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008).

Desensibilización sistemática. La desensibilización sistemática (DS) es una técnica de exposición que busca reducir las respuestas de ansiedad y eliminar las conductas de evitación ante determinadas situaciones, estímulos o personas. Para ello la persona debe razonar sobre lo adecuado o no de estas respuestas y posibilitar que se generen respuestas incompatibles con la ansiedad como la relajación progresiva (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008).

Esta técnica consiste en la presentación de una serie de estímulos aversivos jerarquizados una vez que la persona ha sido entrenada en relajación (Muriel, 2007). En el caso del paciente en UCI con dolor, se solicitará jerarquizar los estímulos que le producen dolor (por ejemplo: aspiración endotraqueal, intubación y movilización). De acuerdo con Muriel (2007), la DS está recomendada en casos en los que el miedo intenso o irracional sea un componente importante en la presentación y expresión del dolor.

Hipnosis y terapia de autorregulación. La hipnosis es un campo de difícil aproximación ya que existe una gran complejidad para dar una definición operativa del término hipnosis que satisfaga a los estudiosos; y existen diferencias significativas entre la escuela psicoanalítica que defiende a la hipnosis como un estado alterado de conciencia o trance y la conductual-cognitiva que suele rechazar esta noción (Moix, 2002).

La teoría cognitivo-comportamental enfatiza variables contextuales y personales como determinantes de la conducta hipnótica y defiende la entrenabilidad de la susceptibilidad a la hipnosis. De esta concepción (sugestión) surge la terapia de autorregulación, la cual es una alternativa de la hipnosis tradicional que se divide en tres fases. En la primera fase se realizan ejercicios de recuerdo sensorial, en la segunda la persona empieza a experimentar determinadas sensaciones físicas como respuesta a ciertas imágenes o autosugerencias, y en la tercera el

paciente se encuentra altamente receptivo a cualquier tipo de sugerencias (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008).

Existen numerosos estudios que corroboran la eficacia de la hipnosis para el alivio del dolor agudo y crónico. Gran parte de las investigaciones que estudian el dolor agudo analizan el dolor postoperatorio. Generalmente, en estos estudios la hipnosis se emplea antes de la cirugía y a los pacientes se les dan sugerencias de bienestar para después de la misma, encontrando, a través de pruebas objetivas y pacientes control, que el dolor es menor en los pacientes previamente hipnotizados (Moix, 2002). Es importante mencionar que la hipnosis también se ha empleado en la cirugía (durante el mismo acto quirúrgico) con el fin de disminuir el suministro de anestesia (Moix, 2002).

La investigación respecto a la hipnosis y el dolor ha desarrollado diferentes hipótesis que exponen el mecanismo por el cual la hipnosis consigue disminuir el dolor, según Moix (2002) algunas de ellas son: (1) la disminución de la ansiedad (como se ha mencionado antes la ansiedad y el dolor están relacionados de manera bidireccional, y dado que en la mayoría de las ocasiones durante la hipnosis se dan sugerencias de relajación y la ansiedad disminuye, se podría pensar que la hipnosis disminuye el dolor); (2) las creencias del paciente (las creencias que predicen en mayor medida el resultado de cualquier tratamiento psicológico son principalmente: la autoeficacia definida como la creencia en la capacidad propia para seguir el tratamiento, en el caso de la hipnosis, la creencia en la propia capacidad de sugestionabilidad; y las expectativas de resultados, esto es, la creencia de que la técnica va a resultar eficaz); y (3) la redirección de la atención (los modelos de procesamiento de la información afirman que las personas procesan la información a dos niveles: el consciente y el inconsciente. Mediante la hipnosis se consigue que los estímulos dolorosos sean procesados a nivel inconsciente, mientras que a nivel consciente se procesan las sugerencias, por tanto, la experiencia de dolor no sería consciente para el sujeto).

Mindfulness. La filosofía de esta terapia se basa en vivir en el presente, estar atento a lo que sucede sin juzgar ni interpretar, y en aceptar la realidad tal como es (Moix y Casado, 2011). Una de las técnicas más empleadas es la meditación considerada como una técnica de focalización de la atención a estímulos internos o externos.

La aplicación de la misma en pacientes se basa en la idea de que puede ayudarles a aceptar el dolor y a tener mayor control sobre sus procesos atencionales ligados a la percepción del dolor para reducir conductas de evitación (Moix y Casado, 2011). Entre sus objetivos está el de separar el dolor de pensamientos que a menudo ocurren como respuesta a dicha experiencia y que típicamente están arraigados en el pasado y/o se proyectan hacia el futuro, lo que desencadena respuestas emocionales que se basan en asociaciones. Así, si se permite que el paciente se enfoque solamente en el fenómeno del dolor, este podrá separar dicha experiencia de pensamientos y emociones que relaciona y que pueden alarmarlo y empeorar su situación (Kerns, Sellinger y Goodin, 2011).

Enfoque comportamental. Este componente, define las conductas dolorosas como “la forma de conducta observable generada por el individuo para expresar la existencia de dolor” (Gaviria y Vieco, 2005; p. 34) que incluye respuestas verbales, expresiones faciales, posturas corporales, búsqueda de atención médica y toma de medicación. Dichas manifestaciones conductuales del dolor ayudan a los pacientes para informar a los demás acerca de la experiencia dolorosa (Gaviria y Vieco, 2005). Incluye distintas técnicas para reducir las conductas dolorosas y evitar las consecuencias negativas resultantes como la terapia de comportamiento operante y la evitación del miedo:

Terapia de comportamiento operante. Busca reducir la discapacidad alterando las conductas dolorosas a través de métodos para disminuir la naturaleza reforzante de las respuestas desadaptativas e incrementar el reforzamiento de conductas saludables. Además involucrar a

familiares cercanos y amigos ayuda a incrementar el nivel de actividad y disminuir la incapacidad (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008).

Así mismo, esta técnica se basa en los principios de aprendizaje operante que permiten predecir un aumento de la probabilidad de una respuesta al ser reforzada positivamente (Van-der Hofstadt y Guiles, 2001). Desde este enfoque, las conductas de dolor se consideran como comportamientos que pueden ser condicionados y aprendidos si son reforzados por el ambiente. Por ende, el objetivo está en reducir la discapacidad asociada a las conductas dolorosas. Por último en el estudio se menciona que queda por clarificar si ésta terapia es útil para todo síndrome doloroso y para cualquier paciente; pues el hecho de que algunos pacientes puedan tener control de su dolor, no significa que todos lo puedan hacer (Van-der Hofstadt y Guiles, 2001).

Evitación del miedo. Consiste en desarrollar conductas de evitación asociadas al miedo relacionado con el dolor (Kerns, Sellinger y Goodin, 2011). En algunos pacientes, el miedo se desarrolla en contextos relacionados con experiencias dolorosas como en la UCI, donde los pacientes tienen que enfrentarse a procedimientos que generan dolor como: cuidado de heridas, retiro de sistema de drenaje, aspiración traqueal, la introducción de un catéter central, traqueostomía, entre otros (Puntillo et al., 2001). Además el dolor generalmente acompaña la movilización o cambio de posición, (Payen, Bosson, Chanques, Mantz y Labarere, 2009; Puntillo et al., 2001; Vázquez et al., 2011; Gélinas, Arbour, Michaud, Vaillant y Desjardins, 2011). Los pacientes tratan de evitar el contacto con aquellos estímulos asociados con la aparición del dolor (kinesiofobia), lo que a su vez puede contribuir con el desarrollo del síndrome de desuso el cual se caracteriza por la experiencia de conductas dolorosas excesivas que terminan disminuyendo la actividad física, generando desacondicionamiento físico e incrementando el riesgo de empeoramiento del dolor (Kerns, Sellinger y Goodin, 2011). Estos autores plantean que el

tratamiento para la evitación del miedo son las técnicas de exposición *in vivo* para aproximar sistemáticamente al paciente a las actividades físicas e ir decrementando los temores asociados con ellas (Kerns, Sellinger y Goodin, 2011).

Además, las aproximaciones conductuales para la evitación del miedo han demostrado ser efectivas para disminuir el miedo al movimiento y al dolor, la ansiedad relacionada con el dolor, la catastrofización del dolor y la depresión (Kerns, Sellinger y Goodin, 2011).

Terapia cognitivo-comportamental. Para el Psicólogo la aproximación cognitivo-conductual considera la manera en que los pacientes construyen y atribuyen significado a sus experiencias dolorosas. Así mismo, el tratamiento incluye aspectos afectivos y cognitivos de la experiencia dolorosa (Van-der Hofstadt y Guiles, 2001).

Es importante ayudar a los pacientes a resolver problemas relacionados con las emociones, cogniciones y conductas maladaptativas del dolor a través de un procedimiento sistemático orientado a la meta, en este caso, el manejo del mismo mediante la terapia cognitivo-comportamental (Iglesias, 1998). Los componentes básicos son (1) el tratamiento racional que ayuda al paciente con dolor a comprender que los pensamientos y el afecto pueden afectar la experiencia dolorosa, enfatizando el papel que tiene el paciente frente al control de su dolor; (2) las habilidades de afrontamiento diversas ayudan al manejo del dolor para disminuir la tensión muscular, reducir las alteraciones emocionales y desviar la atención del dolor, maximizando la funcionalidad y calidad de vida del paciente; y (3) el entrenamiento en técnicas de distracción como imaginación agradable y métodos de conteo, e identificar los pensamientos negativos relacionados con el dolor para reemplazarlos por unos más adaptativos como la reestructuración cognitiva (Iglesias, 1998).

Desde esta perspectiva, existe una relación recíproca entre pensamientos, emociones y conducta que tienen los pacientes con dolor, pues influyen en su estado de ánimo y afecta los procesos fisiológicos del organismo (Gaviria y Vieco, 2005).

Una de las estrategias terapéuticas que la Psicología utiliza para el manejo de los pensamientos disfuncionales son las terapias cognitivas. A través de técnicas como:

Técnicas de solución de problemas. Es una técnica de modificación de conducta que consiste en producir consecuencias positivas y evitar las consecuencias negativas. En el caso de aquellos pacientes que presentan dolor existen dos niveles a trabajar: (1) las cogniciones de orientación del problema, como la percepción que tiene del dolor el paciente y la calificación del mismo, y (2) las habilidades de solución de problemas específicos, donde se le da al paciente una secuencia de tareas que van dirigidas a una meta, en este caso la disminución del dolor. Dichas tareas incluyen identificar la situación que le genera dolor, realizar una lista de soluciones alternativas, tomar una decisión, e implementar y evaluar el resultado (Iglesias, 1998).

Técnicas de reestructuración cognitiva. Consiste en redefinir los pensamientos negativos en unos más positivos para ayudar al paciente a desarrollar formas más adaptativas de afrontar las dificultades emocionales; y a través de las cuales el terapeuta cuestiona y pone en duda las creencias irracionales que tiene el paciente, en este caso, frente al dolor (Halgin y Whitbourne, 2009). Este tipo de terapia incluye la *terapia racional-emotiva* en la que los objetivos fundamentales son: (1) explicar al paciente cuál es el proceso de las alteraciones emocionales y conductuales mediante el esquema A (acontecimiento activador), B (los pensamientos irracionales que la experiencia anterior puede causar) y C (consecuencia) del malestar emocional y/o conductual producido por la percepción del acontecimiento; (2) detectar las ideas irracionales asociadas al dolor; (3) discutir acerca de las ideas irracionales mediante preguntas retóricas que lleven al debate y de esta manera distinguir entre lo que se quiere y lo que se necesita,

concluyendo con la redefinición de aquellas creencias irracionales; y (4) conseguir un nuevo efecto que permita a los pacientes pensar de forma más lógica sobre la percepción del dolor (Galán, 1998).

Terapia de aceptación y compromiso. Busca enseñarle al paciente a controlar sus pensamientos y sentimientos sin cambiarlos (Vallejo, 2005). Respecto al dolor, este es algo que realmente duele, lo que significa luchar contra aquello que genera sufrimiento. La aceptación del dolor ha demostrado que genera baja intensidad de dolor, disminución de los niveles de ansiedad y evitación relacionadas con el dolor y menor depresión. Concretamente, el objetivo que tiene esta terapia en pacientes que presentan dolor es ayudarlos a desarrollar una mayor flexibilidad psicológica frente a aquellos pensamientos, sentimientos y comportamientos asociados con el dolor (Kohlenberg et al., 2005).

Intervención psicológica con la familia. El ingreso a la UCI es percibido no solo por los pacientes como una experiencia estresante, sino también por los familiares (Pardavilia y Vivar, 2012) ya que supone una barrera física y emocional para todos sus integrantes.

Diversos estudios explican que la familia presenta niveles de ansiedad y depresión elevados durante toda la estancia del paciente en la UCI relacionado con la evolución del proceso y con la falta de contacto con el paciente (Cerón, 2008; Pochard et al., 2001; Torrens et al., 2003; Jones et al., 2004), lo que puede incrementar la posibilidad de que no atiendan sus propias necesidades.

Además, la estancia del paciente en la UCI puede producir que la familia vivencie una serie de alteraciones psicológicas y sociales como estrés, desorganización y sentimientos de desamparo (Holden, Harrison y Jonson, 2002; Martín y Perez, 2005; Gómez-Carretero, Monsalve, Soriano y De Andrés, 2007), por lo que deben utilizar estrategias de afrontamiento que les permitan adaptarse a la nueva situación. Sin embargo, enfrentarse a distintas realidades a

menudo imprevistas y no planeadas, como: la posibilidad de muerte del paciente, desenlaces inciertos, la toma de decisiones, la interrupción de rutinas, el ambiente desconocido, y la inhabilidad de proximidad con los pacientes debido a las políticas de visita (Cerón, 2008); pueden dificultar la movilización de recursos de afrontamiento adecuados, siendo más susceptibles a desarrollar cuadros de ansiedad (Vargas-Mendoza y Aguilar-García, 2011).

Este tipo de alteraciones pueden mantenerse incluso varios meses después de que al paciente se le da de alta de la UCI y/o del hospital, pudiendo favorecer el desarrollo de Trastorno de Estrés Postraumático (TEP) en los familiares (Azoulay et al., 2005).

Ante esta cuestión, diversas investigaciones se han centrado en analizar los factores relacionados con las necesidades de los familiares durante el ingreso del paciente en la UCI. Según Pardavilia y Vivar (2012) existen distintas necesidades de las familias que se enmarcan en las áreas cognitiva, emocional, social y práctica (Pardavilia y Vivar, 2012). A continuación se presentan las necesidades de las familias en cada una de estas cuatro áreas.

Necesidades cognitivas. Diversos estudios señalan que la información es la mayor necesidad de las familias (Pardavilia y Vivar, 2012). Esperan que el personal médico informe, entre otros, sobre el cuidado que recibe el paciente, la comodidad, el tratamiento y los signos vitales (Blanca-Gutiérrez et al., 2008).

La calidad de la información que reciben las familias depende de: (1) la comprensión de la información, (2) las expectativas o satisfacción de las familias, y (3) la manifestación de ansiedad y depresión en los miembros de la familia (Azoulay y Pochard, 2003). Los familiares no pueden interactuar de manera efectiva y adecuada con los profesionales de la salud e incluso con los pacientes si no comprenden la información que se les proporciona. Según Azoulay et al. (2000) algunos factores asociados a una pobre comprensión por parte de los familiares sobre el estado del paciente de la UCI son: las diferencias culturales (representantes de ascendencia

extranjera) de valores, percepciones y expectativas con respecto a los cuidados de la salud que se proporcionan, estilos de expresión y comportamiento; y la naturaleza de los vínculos entre el paciente y el familiar, ya que, según los resultados del estudio que realizaron, los cónyuges tienen mayor probabilidad de demostrar buena comprensión porque tienen que enfrentar el impacto de la ausencia de su compañero o porque recibieron información de su médico de cabecera u otros profesionales que prestan servicios de salud a la familia (Azoulay et al., 2000).

La satisfacción que la familia manifiesta con respecto al proceso y evolución del paciente en la UCI está determinada en parte por el grado en que sus expectativas se cumplen. Las expectativas o necesidades de la familia pueden medirse a través del: instrumento modificado de evaluación de Molter *Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI)* (Azoulay et al., 2001) validado por Johnson et al. (1998), el cual está compuesto por 14 ítems, divididos en 4 grupos que miden: la calidad de la relación con los profesionales de la salud a la llegada de la UCI, la calidad de la comunicación con los profesionales de la salud, la empatía manifestada por los proveedores de salud, y la sensación de aislamiento durante la visita al paciente o al permanecer en la sala de espera (Johnson et al., 1998); o el instrumento descrito por Fox-Wasylyshyn et al. (2005) el cual examina la satisfacción de la familia al evaluar el grado en que ellos sienten que las enfermeras están cumpliendo sus necesidades.

Finalmente, la admisión del paciente en la UCI causa ansiedad y depresión en los familiares, lo que puede afectar su rendimiento en distintas áreas como: comprensión, razonamiento y comunicación (Azoulay y Pochard, 2003). Los factores asociados con ansiedad y depresión incluyen la relación y cercanía del familiar y el paciente, el género del familiar, ausencia de salas de espera, contradicciones observadas en la información proporcionada por los profesionales de la salud, ayuda recibida por un médico clínico y el deseo de recibir ayuda psicológica profesional (Pochard et al., 2001).

En la UCI las relaciones entre los profesionales de la salud y las familias siguen uno de los siguientes tres modelos: uno de ellos es semejante al paternalismo, mientras que los dos restantes tienden a enfatizar en la autonomía del paciente. En el primer modelo la familia recibe información de los profesionales de la salud pero no participa en la toma de decisiones o en la promoción del cuidado. En el segundo modelo los profesionales de la salud intentan proveer cuidado consistente con los deseos del paciente y los valores descritos por la familia. Y en el tercer modelo la familia comunica sus propios deseos, provee cuidados al paciente y participa en la toma de decisiones medicas (Azoulay y Pochard, 2003).

La falta de comunicación efectiva con las familias del paciente en UCI precipita en los familiares sentimientos de preocupación, ansiedad, frustración, soledad, desanimo, enfado, tristeza y miedo (Linnarsson et al., 2010; Eggenberger y Nelms, 2007). Para aliviar el sufrimiento de la familias, Alvarez y Kirby (2006) reivindican la importancia de proporcionar información clara y oportuna que brinde guía y orientación en un ambiente empático. De acuerdo con Sanz Ortiz, la comunicación es una herramienta terapéutica esencial que da acceso a la autonomía, a la confianza mutua, la seguridad e información (Flórez, 2002). Al establecer estrategias de comunicación a la familia en la relación profesional de la salud-paciente-familia se puede hacer de este proceso algo sencillo para las partes involucradas.

Necesidades emocionales. Una de las más expresadas por los familiares (Pardavilia y Vivar, 2012) corresponde a la necesidad de proximidad con el paciente. Las familias que se encuentran alejadas del paciente muestran mayor ansiedad a diferencia de aquellas que pueden estar cerca (Alvarez y Kirby, 2006). Esta necesidad es aún más notable en el caso de fallecimiento del paciente, donde se ha observado que la cercanía en la fase de muerte inminente del enfermo ayuda a preservar el bienestar familiar, favoreciendo así el proceso del duelo en la familia (Alvarez y Kirby, 2006).

Permitir el contacto en forma continua no solo disminuye la presencia de emociones negativas en los familiares (Azoulay et al., 2003), sino también influye positivamente el aspecto emocional y la recuperación del paciente (Garrouste-Orgeas et al., 2010). Esta práctica permite que los familiares participen en el proceso de cuidados del enfermo, lo cual facilita la evaluación y tratamiento del dolor del paciente que realiza el personal de salud. La participación es voluntaria, gradual y guiada por el personal de salud y en función de sus posibilidades y situación (Cerón, 2008). Se diferencia de la visita en que no ocurre en forma ocasional, sino que responde a un continuo desarrollo establecido por un acuerdo entre el paciente, el equipo de salud y el familiar, individualizado a cada situación y cuyo fin es el de maximizar los posibles beneficios derivados de la interacción directa entre paciente-familia, sustentándose en el establecimiento de relación terapéutica y de ayuda (Cerón, 2008).

Entre los cuidados que la familia puede ofrecer está el de asumir el rol de informadores sustitutos e involucrarse en discusiones sobre las metas del tratamiento y cuidado ya que la mayoría de los pacientes críticos no son competentes para tomar decisiones. Los familiares pueden proveer información acerca del dolor actual del paciente y una descripción de los comportamientos que puedan indicar dolor basados en la historia que han vivido juntos (Puntillo et al., 2009; Herr et al., 2006).

En este proceso se resalta, nuevamente, la comunicación entre profesional de la salud-familia como componente central en la toma de decisiones médicas en la UCI, específicamente en la evaluación y tratamiento del dolor.

Necesidades sociales. Hace referencia a las relaciones de las familias con otras personas de su entorno cercano, como por ejemplo la familia extensa o amigos (Verhaeghe et al., 2005). Si bien, como se especificó antes la proximidad con el paciente ayuda a disminuir los niveles de ansiedad y a aumentar el nivel de satisfacción en los familiares (Karlsson, Tisell, Engström y

Andershed, 2011), las visitas prolongadas pueden llevar a la pérdida de identidad del familiar y el abandono de sus propias necesidades (Hardicre, 2003).

Necesidades prácticas. Es todo aquello que contribuye a que las familias se sientan cómodas como la sala de espera, los teléfonos, las cafeterías y la cercanía física (Álvarez y Kirby, 2006).

Un aspecto a tener en consideración según los estudios revisados es que los familiares consideran que las salas de espera son un lugar pequeño, frío, sucio, confuso, aterrador y donde se debe estar alerta o no estar (Eggenberger y Nelms, 2007; Karlsson, Tisell, Engström y Andershed, 2011; Kutash y Northrop, 2007). Además, señalan que estas estancias son incómodas y poco íntimas. No obstante, en ocasiones estas salas favorecen el soporte emocional entre familias que están viviendo situaciones parecidas (Kutash y Northrop, 2007). Además, las salas de espera son consideradas como un lugar donde pueden recibir información sobre el pronóstico de su ser querido o sobre aspectos estructurales del hospital como los servicios que tiene el centro (Kutash y Northrop, 2007). Todo lo anterior ha llevado a Álvarez y Kirby (2006) a señalar la importancia de prestar atención a los pequeños detalles de las salas de espera, por ejemplo, la disponibilidad de un teléfono a disposición de los familiares, ya que éstas pueden fomentar la comodidad de las familias en situaciones de gran vulnerabilidad y aliviar su sufrimiento. Sin embargo, es importante señalar que los familiares perciben estas necesidades como las menos importantes (Pardivila y Vivar, 2012).

Entonces y teniendo en cuenta lo descrito, se resalta que las respuestas a las necesidades de los familiares son un componente esencial en la atención que ofrece el personal de salud en la UCI con el objetivo de alcanzar un buen ajuste psicosocial que, a su vez, facilita el proceso de recuperación del paciente (Hughes et al., 2005).

De acuerdo con estos mismos autores, una vez identificados las características y necesidades específicas de los familiares de los pacientes en la UCI, es necesario intervenir. La propuesta de intervención basada en la atención integral al paciente crítico se realiza con los familiares del paciente: (1) antes del ingreso a la UCI; (2) durante el ingreso en la UCI; y (3) cuando se da de alta de la UCI.

Antes del ingreso a la UCI. Se proporciona información a los familiares del paciente crítico sobre los pasos a seguir en la UCI dependiendo del caso y se realiza entrenamiento en técnicas de relajación, descritos anteriormente (Hughes et al., 2005).

Para proporcionar información a los familiares del paciente es posible el uso de la psicoeducación familiar definida como una intervención que provee información sobre el contexto hospitalario, los síntomas del paciente como el dolor, las enfermedades y los servicios y recursos disponibles; y, a su vez, construye alianza terapéutica, implica a los familiares en el proceso y disminuye emociones negativas expresadas (Siurana y Martínez, 2011). El modelo psicoeducacional se caracteriza por crear un espacio con los familiares no culpabilizador que trata sus necesidades existentes, con un lenguaje sencillo donde los familiares pueden hablar con tranquilidad y hacer preguntas que tengan respecto a la situación (Siurana y Martínez, 2011).

Durante el ingreso y estancia en la UCI. Este proceso se caracteriza por el ingreso y la estancia del paciente en la UCI. En el momento del ingreso a la UCI dos técnicas de intervención psicológica pueden utilizarse con los familiares para asegurar su seguridad y descargar la tensión emocional en una o diversas sesiones para prevenir el desarrollo del TEP, ofreciendo resultados positivos a corto y largo plazo: (1) la intervención en crisis, y (2) el Debriefing (Hughes et al., 2005).

La intervención en crisis implica un conjunto de acciones y técnicas que tienen por objetivo la asistencia psicológica en emergencias tales como la muerte o enfermedades corporales

(Miler, 2012). Existen dos intervenciones que han sido utilizadas en el trabajo de counseling en crisis: los Primeros Auxilios Psicológicos y la Terapia Multimodal. Los Primeros Auxilios Psicológicos es una intervención aguda de primera instancia que provee apoyo físico y psicológico y cuya meta es modificar el comportamiento disfuncional del familiar y ayudarlo a volver a su nivel de funcionamiento inmediato al evento al: establecer empatía, proveer información relevante, confirmar y apoyar las habilidades de afrontamiento adaptativas, asegurar que el sujeto tiene disponible recursos que responden a sus necesidades básicas, y explorar la existencia y uso de redes sociales de apoyo (Miler, 2012; Slaikou, 2000). Y la Terapia Multimodal puntualizada como una terapia cognitivo-conductual de segunda instancia que tiene por objetivo resolver la crisis y cuya evaluación y tratamiento consta de siete dimensiones interactivas y recíprocamente influyentes de la personalidad identificadas por el acrónimo en inglés BASIC ID (Behaviors- Conductas, Affective processes- procesos afectivos, Sensations- sensaciones, Images- imágenes, Cognitions- cogniciones, Interpersonal relationships- relaciones interpersonales, Biology functions and Drugs- funciones biológicas y drogas) (Miler, 2012).

Por su parte, el Debriefing que puede ser traducido como descarga emocional o desahogo se define como una forma de intervención psicológica en crisis que consiste en la formación de grupos, donde están los psicólogos que actúan como facilitadores, y cuyo objetivo es el alivio en un contexto de grupo de apoyo, la normalización de las respuestas, y la proporción de información sobre las reacciones psicológicas después del acontecimiento (Raphael y Wilson, 2000).

Durante la estancia del paciente en la UCI, los familiares experimentan distrés psicológico al atender a la condición crítica e inestable de éste (Bailey et al., 2010). Por tanto, es posible el uso de las siguientes estrategias psicológicas para atender sus necesidades y promover su bienestar psicológico: técnicas de control de distrés y duelo anticipado.

Las técnicas de control de distrés o estrés negativo tienen por objetivo enseñar a la persona a controlar su propio nivel de activación general ante las demandas del ambiente (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008). En el caso específico de la UCI son algunas fuentes generadoras de estrés: las características del contexto, del paciente y la interpretación de lo que ocurre, las cuales a su vez enmarcan en tres aspectos: los pensamientos, las actuaciones y las situaciones. Entre las técnicas más utilizadas para el manejo del distrés se encuentran la relajación progresiva y el entrenamiento autógeno, descritos anteriormente.

Además, existe otra técnica, aun no mencionada, llamada inoculación de estrés (IE) diseñada para otorgar a la persona distintas estrategias y habilidades para que pueda afrontar y superar las situaciones en las que aparecen problemas relacionados con el estrés (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008). Este se divide en tres fases: la primera es la fase educativa o de conceptualización en la que se proporciona al sujeto información que le permita entender las consecuencias del estrés y las estrategias comportamentales y cognitivas que puede utilizar para afrontarlo; la segunda es la fase de ensayo o adquisición de habilidades en la que se enseña y entrena al sujeto habilidades y estrategias de afrontamiento del estrés; y la tercera es la fase de aplicación y consolidación en la que se le proporciona al sujeto situaciones reales de estrés para poner en práctica las habilidades adquiridas (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008).

El duelo anticipatorio es un complejo proceso que se experimenta cuando un individuo, en este caso los familiares, se encuentran frente a la posibilidad de anticipar la muerte de su ser querido (Linares, 2008). Este concepto se desprende del duelo definido como la reacción a la pérdida de una persona amada o a la pérdida de algo físico o simbólico de importancia significativa para el sujeto (Watts, 2009; Pereira, 2010). Específicamente, el duelo anticipatorio puede disminuir la carga y la intensidad del dolor después de la muerte (Watts, 2009). Además, no solo se enfoca en la posible pérdida del paciente sino también de otras pérdidas

experimentadas antes de la muerte del mismo como la disminución de los niveles de funcionalidad, el abandono de proyectos y la pérdida del futuro, entre otros (Watts, 2009). Sin embargo, es importante tener en cuenta que el proceso y experiencia de pérdida puede variar debido a los factores personales y sociales diferenciados de los familiares como: la posible causa de la muerte, las circunstancias familiares, la naturaleza de la relación y el significado del paciente al familiar, entre otros (Watts, 2009).

Finalmente, es importante reconocer que los familiares que vivan este tipo de duelo pueden necesitar tanto del soporte y el acompañamiento del psicólogo antes como después de la muerte (Watts, 2009; Flórez, 2002).

Cuando se da de alta de la UCI. Este proceso se caracteriza por el traslado a una habitación dentro del Hospital, o el egreso o muerte del paciente. En caso de que se de traslado al paciente, el psicólogo puede preparar a la familia para ello, y realizar seguimiento tanto al paciente como a sus familiares (Hughes et al., 2005).

En caso de que el paciente muera, se puede trabajar en conjunto con los familiares el proceso de duelo. Worden (2009) desarrolló el modelo conocido como las “cuatro tareas del duelo” el cual considera la elaboración de la pérdida como un proceso activo que el psicólogo puede utilizar para apoyar a los familiares en el proceso de duelo, y en particular busca prevenir el desarrollo de un duelo complicado que dificultaría el crecimiento y desarrollo del sujeto/familia. La primera tarea (aceptar la realidad de la pérdida) implica aceptar a nivel intelectual y emocional que la persona está muerta y que no volverá. En caso de que el doliente se detenga en esta tarea y se niegue a reconocer que ocurrió la muerte, la meta es hacer real la pérdida a través de diversas estrategias como hablar del momento de la muerte o elaborar un ritual de despedida que tenga algún significado para el familiar (organizar una misa, visitar la tumba, esparcir las cenizas, realizar una cena de conmemoración, etc.) (Worden, 2009).

La segunda tarea (sentir y elaborar el dolor de la pérdida) involucra sentir en toda su dimensión el dolor y la aceptación emocional de la pérdida (Worden, 2009). En caso de que la persona tenga problemas en esta tarea es importante otorgarle un espacio para que hable de la muerte y de los recuerdos que guarda del difunto permitiendo la expresión de su dolor. La tercera tarea (adaptarse a los cambios en el medio) tiene por énfasis que el familiar se ajuste a la ausencia de la persona fallecida en todos los niveles (emocional, físico y práctico) y empiece a recuperar el control de su vida (Worden, 2009). En este caso, es importante solucionar los problemas de adaptación al entorno y, dependiendo del caso, ampliar la red social. Y la cuarta tarea (recolocar al fallecido emocionalmente y reanudar la propia vida) implica que el doliente es capaz de invertir emocionalmente en algo o alguien más, ha encontrado un lugar emocional en su vida apropiado para la persona fallecida, y es capaz de redefinirse a sí mismo (Worden, 2009). En caso de que el doliente se sienta culpable dejando atrás a su ser querido, es preciso resaltar que el recuerdo de esta persona no se borrará y que puede utilizar la energía que ha empleado en la terapia en algo o alguien.

Discusión

A lo largo de la investigación se encontró que los pacientes viven en la UCI diferentes experiencias estresantes como el dolor (Li, Puntillo y Miaskowski, 2008; Stolic y Mitchell, 2010), el cual puede desarrollarse por: la propia enfermedad, los procedimientos que se realizan para el tratamiento, las técnicas de cuidados de enfermería y la inmovilidad del paciente (Puntillo et al., 2004).

El tipo de dolor más frecuente que se presenta en la UCI, según su duración, es el dolor agudo (McGrath y Dade, 2004). Sin embargo, es potencialmente cronificable (Dunwoody et al., 2008) incrementando la presencia de alteraciones psicológicas como: ansiedad, depresión, agitación y emociones negativas como respuestas mediadoras de la experiencia de dolor.

Además de la duración, otras características del dolor que el paciente crítico presenta son: (1) la cualidad del dolor como “adolorido”, “suave”, “aburridor” y “fuerte” (Puntillo et al., 2001) y (2) la intensidad del dolor que va de moderado a severo o grave (Gélinas, Arbour, Michaud, Vaillant y Desjardins, 2011; Bertolini et al., 2002; Stolic y Mitchell, 2010).

Las patologías más frecuentes asociadas al dolor en la UCI son: los problemas cardiacos, las enfermedades inflamatorias, las enfermedades pulmonares, las quemaduras, el trauma, y el post quirúrgico (Whizar-Lugo, Flores-Carrillo, Marín Salazar y Benavides-Vázquez, 2008). Entre los problemas cardiacos Suárez, Rodríguez, Enríquez y Colombié (2002) mencionan que el infarto agudo de miocardio es una de las patologías más frecuentes asociadas al dolor que presentan los pacientes en la UCI.

Respecto a las enfermedades inflamatorias únicamente la pancreatitis se caracteriza por producir dolor (Torres, Acuña, Sánchez, Pena y Mota, 2010). En relación a las quemaduras, Abdi y Zhou (2002) refieren que el dolor que experimenta el paciente es causado por la misma lesión. Sin embargo, el dolor también es causado por otros factores como los procedimientos, cuidados

rutinarios de las zonas lesionadas. (Abdi y Zhou, 2002; Tengvall et al., 2006) y la infección de la herida (Tengvall et al., 2006).

Por otro lado, dentro de las lesiones traumáticas que causan dolor, se encuentra específicamente el trauma craneoencefálico (Stanik-Hutt, Soeken, Belcher, Fontaine y Gift, 2001).

Finalmente, los procedimientos postquirúrgicos asociados al dolor son una de las quejas más frecuentes (Martí, 2001) como las cirugías abdominales o torácicas, ocasionando en los pacientes que se encuentren en postoperatorio riesgo de complicaciones pulmonares (Guimarães, El Dib, Smith y Matos, 2009; Rupp, Miley y Russell-Babin, 2013). Según Bongard y Sue (2003) refiere que la neumonía es una de las complicaciones pulmonares postoperatorias más frecuentes y se encuentran asociadas con el dolor. Mientras que (Wynne y Botti, 2004) mencionan que la cirugía cardíaca es otro procedimiento que después de haber sido realizado produce riesgo de complicación pulmonar que si no es controlada a tiempo genera en el postoperatorio del paciente un patrón respiratorio ineficaz y Milgrom et al. (2004) menciona que esta cirugía produce dolor agudo.

Y en relación a las enfermedades crónicas Whizar-Lugo et al. (2008) menciona que la lumbalgia, las neuropatías y las fibromialgias están asociadas con dolor.

Respecto a la evaluación del dolor, los métodos subjetivos o de autorreporte son una de las técnicas de medición más utilizadas ampliamente ya que el paciente es considerado la fuente de información más confiable (Puntillo et al., 2004 y Haslam, Dale, Knechtel y Rose, 2012). En pacientes que pueden emitir respuestas verbales Marino (2007) menciona que los métodos de evaluación del dolor son variados y se centran, principalmente, en la evaluación de su intensidad. La escala de clasificación numérica es el instrumento más utilizado para evaluar el dolor en este tipo de pacientes (Puntillo et al., 2009). Otros instrumentos que existen son: la escala visual

analógica (EVA), y la escala descriptiva verbal (Adjective Rating Scale, ARS) (Marino, 2007); las cuales han sido descritas con anterioridad como medidas del dolor válidas y confiables en pacientes comunicativos verbales en la UCI (Chanques et al., 2010).

Asimismo, actualmente existen otros métodos que se han desarrollado como instrumentos alternativos a los utilizados habitualmente en la UCI para la evaluación del dolor en pacientes verbales como el cuestionario de 14 preguntas desarrollado por Cristina Granja el cual evalúa las experiencias vividas en la UCI (Granja et al., 2005); y el cuestionario de McGill que mide las propiedades cualitativas del dolor del paciente (Arroyo-Novoa et al., 2008; Boyle, Fernández y Ortet, 2003). Empero y a diferencia de los métodos de evaluación descritos anteriormente, el cuestionario desarrollado por Granja no es conocido ni reproducido extensamente en el ambiente hospitalario (Granja et al., 2005), y el cuestionario de McGill presenta limitaciones psicométricas y falta de correspondencia en las traducciones lo que afecta su validez y confiabilidad (Boyle, Fernández y Ortet, 2003).

Conjuntamente, los pacientes en la UCI difieren en su capacidad de participación en la evaluación del dolor por el uso de procedimientos como la intubación que inhabilita su capacidad de verbalizar, y/o de medicamentos que alteran su nivel de consciencia (Puntillo et al., 2004); por lo que se utilizan otros métodos de evaluación que atienden las características y necesidades propias de la población de la UCI. Así, en pacientes que no pueden comunicarse verbalmente, las técnicas de medición de dolor de preferencia son los métodos objetivos (Puntillo et al., 2004).

Existen diversas escalas que funcionan como herramientas útiles y válidas para evaluar el dolor en esta población. Algunas de ellas son: (1) La NPAT considerada una de las escalas más utilizadas para la evaluación del dolor en la UCI ya que provee un enfoque estándar para la valoración en pacientes no verbales (Klein, Dumpe, Katz y Bena, 2010); (2) la BPS reconocida

como un instrumento válido y confiable que puede utilizarse para detectar el impacto de los estímulos dolorosos de pacientes críticos (Aïssaoui, Zeggwagh, Zekraoui, Abidi y Abougal, 2005; Young, Siffleet, Nikoletti y Shaw, 2006); y (3) la CPOT aceptada como una escala que permite valorar el dolor tanto en pacientes ventilados como en pacientes no intubados (Gélinas, Arbour, Michaud, Vaillant y Desjardins, 2011; Puntillo et al., 2009).

La BPS y la CPOT fueron diseñadas para evaluar pacientes ventilados mecánicamente, incorporan dominios de evaluación comportamental similares, y son instrumentos válidos y confiables para evaluar el dolor en pacientes de la UCI (Puntillo et al., 2009). Sin embargo, la CPOT contiene descriptores operacionales y un sistema de puntuación más lógico que la BPS (Puntillo et al., 2009; Aïssaoui, Zeggwagh, Zekraoui, Abidi y Abougal, 2005; Young, Siffleet, Nikoletti y Shaw, 2006).

A diferencia de las escalas BPS y CPOT, la escala de Campbell tiene: (1) un mayor número de ítems conductuales que permiten disminuir errores de evaluación por causas ajenas al dolor ya que según Puntillo et al. (2004), existe una correlación positiva entre el número de ítems conductuales que el paciente manifiesta y el dolor que tiene; (2) el mismo rango de puntuación (0-10) de dos escalas utilizadas en pacientes comunicativos: la escala de clasificación numérica y la escala visual analógica (EVA); y (3) no está validada (Latorre Marco et al., 2011).

Si bien los siguientes instrumentos son métodos útiles para la valoración del dolor en esta población, la literatura registra ciertas deficiencias y limitaciones respecto a sus propiedades de medición (validez y confiabilidad), y ajuste y ensamble a las características específicas del ambiente de la UCI: la NVPS (Li, Puntillo y Miaskowski, 2008), el algoritmo Pain Assessment and Intervention Notation (PAIN) (Puntillo et al., 2009; Li, Puntillo y Miaskowski, 2008), y la escala de Campbell (Erdek y Pronovost, 2004; Varela y Rivera, 2012).

Además, es importante destacar que igualmente, el personal de la salud de la UCI utiliza indicadores fisiológicos para evaluar el dolor en pacientes críticos (Echeverri y Molina, 2003; Giraldo y Crespo, 2012; Puntillo et al., 2009). Sin embargo, según Gélinas, Fortier, Viens, Fillion y Puntillo (2004) quienes en su artículo utilizaron y revisaron archivos médicos de dos centros de salud que incluye información general y médica, y notas realizadas por médicos y enfermeras sobre el dolor del paciente; los enfermeros prefieren documentar y evaluar comportamientos dolorosos (movimientos corporales, calidad del descanso, cumplimiento y asimilación del ventilador, medios de comunicación, entre otros) más que indicadores fisiológicos (respuestas cardiovasculares, respiratorias y cerebrales).

Según la investigación realizada por Gélinas, Fortier, Viens, Fillion y Puntillo (2004) los médicos y los enfermeros utilizan con mayor frecuencia métodos objetivos de evaluación del dolor que métodos subjetivos o de autorreporte. Este resultado es consistente con resultados previos de distintas investigaciones (Hurlock-Chorostecki, 2002; Mania, Botti, Bucknall, 2002). Ello, se debe a las distintas condiciones de la UCI que limitan la comunicación verbal entre profesional de la salud-paciente como la intubación o tratamientos farmacológicos como la sedación (Gélinas, Fortier, Viens, Fillion y Puntillo, 2004; Puntillo et al., 2009). Sin embargo, otros métodos de comunicación pueden utilizarse como la escritura, o el lenguaje/movimiento corporal como parpadear o señalar para comunicar la presencia de dolor (Puntillo et al., 2009). Para ello el evaluador debe utilizar soporte visual o material adecuado que permita cumplir y realizar la valoración (Puntillo et al., 2009; Chanques et al., 2010).

Además, debe considerarse en relación a los métodos objetivos que la ausencia de comportamientos dolorosos no representa necesariamente ausencia de dolor (Puntillo et al., 2009), y que los indicadores observables no son específicos del dolor; de hecho, algunos de ellos también se han asociado a la ansiedad (Frazier et al., 2002). Por tanto los indicadores observables

no se consideran las medidas más fiables para la evaluación del dolor en comparación con los métodos subjetivos (Gélinas, Fortier, Viens, Fillion y Puntillo, 2004; Puntillo et al., 2009; Vázquez et al., 2011).

Es importante señalar que al ser el dolor una experiencia subjetiva (IASP, 1979), los métodos subjetivos o de autorreporte deben ser considerados la fuente de información más confiable que el clínico puede utilizar (Puntillo et al., 2009; Vázquez et al., 2011). Y, por tanto, no deben remplazarse por métodos objetivos en casos en que el autorreporte se pueda obtener.

Finalmente, de las revisiones realizadas se sustrae que si bien, en general, el personal de la salud de la UCI evalúa el dolor de pacientes críticos, una larga proporción de médicos en la investigación realizada por Gélinas, Fortier, Viens, Fillion y Puntillo (2004) no registra ninguna información sobre la valoración que realizan del dolor del paciente crítico. Además, ningún componente afectivo y cognitivo relacionado con el dolor fue documentado por el personal de la salud implicado en la investigación, ya que los pacientes intubados no pueden proveer suficiente información mientras están sedados (Gélinas, Fortier, Viens, Fillion y Puntillo, 2004).

La intervención multidisciplinaria que se realiza con los pacientes que se encuentran en el contexto de la UCI se caracteriza por el trabajo en conjunto entre el equipo médico, enfermeras, fisioterapeutas, psicólogos, entre otros para llegar a un fin común: el manejo adecuado del dolor.

Respecto al papel que tiene el personal médico, Gélinas, Arbour, Michaud, Vaillant y Desjardins, (2011); Marino, (2007); Jeitziner et al., (2012) llegaron a la conclusión que la intervención médica se centra principalmente en el uso de sedantes y analgésicos. Gélinas et al. (2004) mencionan que la razón principal por la que los médicos utilizan sedantes es porque buscan proveer comodidad en el paciente y Bertolini et al. (2002) mencionan que los pacientes reciben opioides para aliviar el dolor.

Específicamente, el medicamento más utilizado en la UCI es el Midazolam y los menos frecuentes son el Lorazepam y el Propofol, como fármacos recomendados de acción rápida (Gélinas et al., 2004).

Respecto a los analgésicos se encontró que su función es inducir al paciente en un estado inconsciente en el que se alivia el dolor y se genera relajación muscular (Chávez et al., 2005). La morfina es el analgésico opioide más recomendado para pacientes que se encuentran en la UCI (Gélinas et al., 2004; Ramos y Samsó, 2007; Chávez et al., 2005). Sin embargo el Fentanil es otro de los analgésicos que se recomienda en caso de que el paciente presente alergia a Morfina (Gélinas et al., 2004; Ramos y Samsó, 2007), y la Hidromorfona aunque no es tan frecuente (Gélinas et al., 2004).

En cuanto a la intervención por parte del equipo de enfermería, las estrategias que utilizan son de cuidado personal, procedimientos rutinarios, administración de medicamentos, entre otros (Gélinas et al., 2004; Echeverri y Molina, 2003). Según Gélinas et al. (2004) los enfermeros administran más sedantes que analgésicos, debido a la falta de información y conclusión definitiva frente al dolor que experimenta el paciente, ocasionando que el paciente no tenga recuerdos de su estancia en la UCI. Es por eso que para evitar la aparición y manifestación del TEP el personal de la salud puede utilizar estrategias para reforzar y ayudar a mantener recuerdos en los pacientes a través del diálogo acerca de los procedimientos y permanente información del tiempo y espacio para mantenerlos orientados (Granja et al., 2005). Estas estrategias son utilizadas en el programa de tratamiento de Philips (Oblitas, 2008).

La contribución del psicólogo en la evaluación e intervención del dolor en la UCI se realiza primordialmente con el paciente, la familia y el equipo de salud quienes conforman un sistema que se interrelaciona constantemente. En la UCI, el paciente se encuentra en un ambiente estresante que genera diversidad de experiencias como el dolor, el cual, a su vez, tiene un

componente emocional que es comúnmente negativo y que influye en las respuestas del paciente al tratamiento (Esper y Hernández, 2011).

Existe poca literatura que refiera el papel que tiene el psicólogo en el manejo del dolor en la UCI. Es por ello que, por medio del desarrollo de programas educativos y el desempeño de los psicólogos en el ámbito hospitalario, así como los resultados de su participación, es posible posicionar su rol y función en la evaluación e intervención (Oblitas, 2008) del dolor y los factores psicológicos asociados.

Respecto a la evaluación del dolor, la evaluación psicológica debe ser específica para los distintos tipos de patologías que se encuentran en la UCI, a las características personales y sociales del paciente, a las distintas dimensiones del dolor (sensorial, cognitiva y afectiva), y debe ser continua a lo largo del tiempo (Melzack y Casey, 1968; Chóliz, 1994; Eccleston, 2001; Olivares y Cruzado, 2008).

El psicólogo tiene a su disposición distintas herramientas para la evaluación del dolor como la entrevista clínica, el auto-registro, la observación y pruebas psicofisiológicas (Olivares y Cruzado, 2008). Sin embargo, como se ha mencionado antes, al momento de realizar la evaluación es necesario tener en cuenta las características propias de la población de la UCI (Puntillo et al., 2004). Las herramientas más utilizadas para valorar las dimensiones afectivas del dolor son: (1) la entrevista (que aborda las áreas emocionales y sociales del paciente asociadas al dolor y permite obtener datos directos y de observación del estado emocional); (2) la escala VAS al cambiar el significado o la consigna de los extremos (ejemplo, de “no siento molestias” a “siento el mayor malestar posible”) (Olivares y Cruzado, 2008); (3) el inventario de depresión de Beck (Taberner, 2008); y (4) el inventario de ansiedad de Beck (Taberner, 2008; Olivares y Cruzado, 2008). En la actualidad se ha reportado que existen varios instrumentos para la valoración del dolor son válidos y confiables (Klein, Dumpe, Katz y Bena, 2010; Aïssaoui,

Zeggwagh, Zekraoui, Abidi y Abougal, 2005; Young, Siffleet, Nikoletti y Shaw, 2006), sin embargo, es necesario que algunos de ellos mejoren sus propiedades psicométricas, en especial los instrumentos que evalúan aspectos psicológicos del dolor como los cognitivos y emocionales (Olivares y Cruzado, 2008; Latorre Marco et al., 2011; Li, Puntillo y Miaskowski, 2008; Puntillo et al., 2009).

Las investigaciones en el campo de la Psicología generalmente centran sus objetivos en la intervención del dolor crónico ya que este produce modificaciones cerebrales que dan lugar a la fijación del dolor (McGrath y Dade, 2004; Ibáñez, Morales, Calleja, Moreno y Gálvez, 2001). Este dolor es considerado “inútil” ya que no tiene valor semiológico ni propiedades fisiológicas reparadoras; por lo que su tratamiento no solo incluye el uso de intervenciones médicas, sino también psicológicas (Ibáñez, Morales, Calleja, Moreno y Gálvez, 2001). Por tanto, hay múltiples estudios que explican diversas intervenciones psicológicas para el tratamiento del dolor crónico, de las cuales, varias son válidas y confiables (Gaviria y Vieco, 2005; Van-der Hofstadt y Guiles, 2001; Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008).

Sin embargo, existen pocos estudios que se centran en la incidencia y prevalencia del dolor agudo (Ibáñez, Morales, Calleja, Moreno y Gálvez, 2001) y en la evaluación y tratamiento psicológico de este.

Las patologías propias de la UCI como: el dolor postoperatorio y el dolor en casos de traumatismo, quemaduras, e infarto agudo de miocardio, entre otros, son situaciones que cursan con dolor agudo (Ibáñez, Morales, Calleja, Moreno y Gálvez, 2001), e incluso los procedimientos que allí se realizan se asocian a este tipo de dolor. Por tanto, es posible decir que en la UCI el dolor predominante es el dolor agudo (McGrath y Dade, 2004; Dunwoody, Krenzischek, Pasero, Rathmell y Polomano, 2008). Así, el manejo que puede ofrecer el psicólogo en la UCI está precisado en la evaluación e intervención del dolor agudo; sin embargo no existe literatura que

mencione y respalde el uso de técnicas psicológicas propias y adaptadas a la UCI para el manejo de este tipo de dolor, limitando la participación activa del psicólogo en esta unidad con herramientas que tengan soporte científico.

Sin embargo, y a pesar de que el dolor agudo es considerado un síntoma que generalmente evoluciona de manera paralela a la lesión que la originó (McGrath y Dade, 2004; Ibáñez, Morales, Calleja, Moreno y Gálvez, 2001); está acompañado por factores psicológicos que determinan su manifestación, mantenimiento y exacerbación (Truyols et al., 2008; IASP, 1979; Ackerman y Stevens, 1989; Muriel, 2007). Por tanto, el psicólogo puede utilizar técnicas ya establecidas y reconocidas para el tratamiento del dolor y de emociones negativas para mejorar la calidad de vida del paciente. Entre ellas se encuentran: técnicas de autorregulación; técnicas comportamentales; terapia cognitivo-comportamental, y terapia de aceptación y compromiso así como desde otras terapias conductuales de tercera generación (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008; Kerns, Sellinger y Goodin, 2011; Muriel, 2007; Moix, 2002; Moix y Casado, 2011; Gaviria y Vieco, 2005; Van-der Hofstadt y Guiles, 2001).

Así mismo, la literatura reporta que el ingreso a la UCI es percibido por los familiares como una experiencia estresante en los que se presentan diferentes niveles de ansiedad y depresión (Pardavilia y Vivar, 2012; Cerón, 2008; Pochard et al., 2001; Torrens et al., 2003; Jones et al., 2004; Azoulay y Pochard, 2003). Además alteraciones psicológicas como estrés, desorganización y sentimientos de desamparo (Holden, Harrison y Jonson, 2002; Martín y Perez, 2005; Gómez-Carretero, Monsalve, Soriano y De Andrés, 2007).

En el estudio realizado por Pardavilia y Vivar (2012) se mencionan cuatro necesidades que presentan las familias durante el ingreso del paciente a la UCI; estas son (1) la necesidad cognitiva, (2) la necesidad emocional, (3) la necesidad social y (4) la necesidad práctica.

Además, Azoulay et al. (2001) mencionan el instrumento de evaluación *Molter Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI)* validado por Johnson et al. (1998) como una herramienta que permite evaluar las necesidades y expectativas que tiene la familia y en la que, específicamente, se miden variables como la calidad de la relación con los profesionales de la salud, la calidad de la comunicación con los profesionales de la salud, la empatía manifestada por los proveedores de la salud y la sensación de aislamiento durante la visita (Azoulay et al., 2001).

Dichas relaciones con los profesionales de la salud se manifiesta en tres modelos propuestos por Azoulay y Pochard (2003), donde mencionan que en el primero la familia recibe información por los profesionales, pero estos no participan en la toma de decisiones; en el segundo los profesionales encargados proveen cuidado permanente a los pacientes y en el tercero la familia manifiesta sus deseos frente a los cuidados y toma de decisiones. Flórez (2002) propone que la comunicación es una herramienta terapéutica en la relación profesional de la salud-paciente-familia.

Para finalizar este apartado Hughes et al (2005) proponen un plan de intervención con las familias de los pacientes; las cuales abarcan tres aspectos importantes: El primero se refiere al ingreso previo a la UCI, donde es necesario proveer información a los familiares de los pasos a seguir, mediante psicoeducación y técnicas de relajación. Así como proporcionar un espacio para realizar preguntas al respecto (Siurana y Martínez, 2011). El segundo a la estancia en UCI, en el cual se pueden utilizar dos técnicas de intervención psicológica que ayudan a descargar la tensión emocional y generar seguridad, estas son la intervención en crisis y debriefing (Hughes et al., 2005). Y el tercero al egreso de la UCI, en el que al paciente se le da traslado a una habitación del hospital, egreso o defunción. Considerando la pérdida de un ser querido como un proceso activo que el psicólogo puede manejar para ayudar a los familiares.

Todo la información descrita se recopiló y organizó con el fin de aproximar la revisión teórica a una visión más específica frente al manejo del dolor en pacientes que se encuentran en la UCI.

A partir de lo descrito, se invita a la comunidad científica a realizar estudios centrados en la evaluación e intervención psicológica del dolor agudo en la UCI, con el fin de mejorar la prestación de servicios a los pacientes hospitalarios y mejorar su calidad de vida.

Conclusiones

A modo de conclusión en el presente documento se realizó una revisión de literatura en el que se abordaron diversas perspectivas del dolor en la UCI, específicamente los tipos de dolor más comunes, las características del dolor, cuáles son aquellas patologías asociadas con el dolor, los procedimientos que se asocian con la presencia de dolor, los métodos de evaluación, la intervención y por último la contribución del Psicólogo frente a la evaluación e intervención del dolor en la UCI.

Respecto a los tipos de dolor más comunes, la literatura reporta que el dolor que más se presenta es el agudo, sin embargo al no ser tratado adecuadamente este podrá ser potencialmente cronificable. Para ello, este documento explica algunos métodos de evaluación e intervención que se pueden utilizar para el manejo del dolor en pacientes que se encuentran en la UCI.

De acuerdo con la literatura la intensidad de dolor experimentada por los pacientes que se encuentran en la UCI es moderado a severo, lo que implica la significancia clínica del mismo. Es decir que este tipo de experiencia afectará dimensiones que trascienden los aspectos biológicos y médicos del dolor para representarse en consecuencias psicosociales para el paciente.

Este dolor está asociado a diversas patologías, como la enfermedad pulmonar, la cardiaca, la inflamatoria, la gástrica, las quemaduras, el trauma y el post quirúrgico, siendo el Infarto Agudo de Miocardio (IAM) la enfermedad más común asociada con dolor en pacientes de la UCI. Respecto a los procedimientos se encontró que estos son estresores físicos y psicológicos que afectan al individuo significativamente, ocasionando en ellos emociones negativas, entre ellas, la ansiedad y depresión asociado con las rutinas de la unidad.

Han existido diferentes modalidades terapéuticas para el tratamiento del dolor proporcionadas por el equipo médico, personal de enfermería, fisioterapeutas, psicólogos, entre otros, en las que cada uno realiza una labor diferente para un mismo fin. Cabe mencionar que este

equipo debe tener en cuenta que el dolor no sólo es una experiencia sensorial y física, sino psicológica, que ocasiona en los pacientes reacciones emocionales negativas de las cuales el psicólogo está en la capacidad de asumir aunque actualmente haya poca literatura acerca de la evaluación del dolor y el trabajo interdisciplinario que se realiza junto con los psicólogos, ya que la mayoría por no decir la totalidad de las evaluaciones e intervenciones se llevan a cabo por parte de los enfermeros; esto se debe a la falta de claridad frente a las funciones que el psicólogo desempeña dentro de un hospital y específicamente en la UCI. Para ello se recomienda involucrar al psicólogo en el trabajo interdisciplinario, pues es de gran utilidad la labor que realiza mediante técnicas de intervención enfocadas en la dimensión cognitivo-conductual y afectiva. Así mismo, el estar en la UCI a los pacientes les genera sensación de ansiedad, miedo, tristeza, así como a los familiares que relacionan la UCI con pensamientos de muerte. Y es aquí donde entra el psicólogo a trabajar con esos aspectos que le competen como profesional y parte de un equipo de profesionales de la salud que trabajan a nivel hospitalario.

En la presente revisión se dio cuenta de unas de las tantas técnicas que utiliza el psicólogo para trabajar con pacientes que presentan dolor, específicamente en el contexto de la UCI. Desde el enfoque de autorregulación se encuentra las técnicas de retroinformación biológica (biofeedback), relajación y respiración, hipnosis y terapia de autorregulación, y Mindfulness. En el enfoque comportamental está la Terapia de comportamiento operante y evitación del miedo. Y la terapia cognitivo-comportamental incluye técnicas de solución de problemas, técnicas de reestructuración cognitiva y por último Terapia de aceptación y compromiso.

Así, el manejo que puede ofrecer el psicólogo en la UCI teniendo en cuenta lo revisado en el documento es la evaluación e intervención psicológica del dolor agudo como aquel que predomina, sin embargo no existe literatura que mencione y respalde el uso de técnicas

psicológicas propias y adaptadas a la UCI para el manejo de este tipo de dolor, limitando la participación activa del psicólogo en esta unidad con herramientas que tengan soporte científico.

Realizar intervenciones familiares e intervenciones individuales con el paciente ayuda a disminuir el impacto de la enfermedad, bajar los niveles de ansiedad y afrontar y expresar emocionales negativas.

A modo de cierre, las limitaciones que surgieron durante la revisión fue la escasa información de la evaluación psicológica del dolor específicamente en contexto hospitalario como la UCI, pues esto interfirió en obtener información más precisa; lo que llevó a transpolar los elementos esenciales de la evaluación e intervención del dolor crónico al contexto abordado. Otra de las limitaciones que dio cuenta a lo largo de la revisión fue el desconocimiento y poco interés por la comunidad científica para conocer el rol que desempeña el psicólogo y de qué manera puede ayudar a identificar un problema ya sea cognitivo o emocional asociado al dolor percibido en la UCI respecto a procedimientos, administración de medicamentos, exámenes de rutina, cambio de posición, entre otros asociados al dolor.

A partir de la revisión surgen las siguientes recomendaciones: desarrollar mayor número de estudio que aborden: (1) el papel del psicólogo en la evaluación e intervención del dolor agudo; (2) la función del psicólogo en contextos críticos como la UCI, siendo un campo en el que se presenta una diversidad de alteraciones emocionales, cognitivas y comportamentales que el psicólogo está en la capacidad de manejar; y (3) el papel del psicólogo en el manejo del dolor dentro ambiente hospitalario y las técnicas que este utiliza para mitigar las consecuencias psicosociales que el dolor genera en los pacientes y familiares.

Finalmente, se sugiere diferenciar el rol del personal de enfermería frente al del psicólogo, ya que si bien estos se encuentran en la capacidad de manejar reacciones emocionales que surgen en la UCI no poseen la formación académica para manejar técnicas de intervención psicológicas

propias del campo de acción del psicólogo. Por último, se cree que la evaluación e intervención del dolor únicamente se realiza por parte del personal médico y de enfermería con la administración de medicamentos y procedimientos de cuidado para aliviar el dolor. Sin embargo el psicólogo tiene a su disposición distintas intervenciones que mejoran el manejo del dolor como estrategia no farmacológica.

Referencias

- Abdi, S. y Zhou, Y. (2002). Manejo del dolor en pacientes quemados. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 15, 563-567.
- Achury-Saldaña, D. (2008). Dolor: La verdadera realidad. *Aquichán*, 8(2), 146-158.
- Ackerman, M. D. y Stevens, M. J. (1989). Acute and chronic pain: pain dimensions and psychological status. *Journal of Clinical Psychology*, 45 (2) 223-228.
- Aïssaoui, Y., Zeggwagh, A. A., Zekraoui, A., Abidi, K. y Abougal, R. (2005). Validation of a behavioral pain scale in critically ill, sedated, and mechanically ventilated patients. *Anesthesia and Analgesia*, 101, 1470-1476.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Process*, 50, 179-211.
- Allard, P., Maunsell, E., Labbé, J. y Dorval, M. (2001). Educational interventions to improve cancer pain control: a systematic review. *J Palliat Med*, 4 (2), 191-203.
- Al-Mutair, A. S., Plummer, V., Clerehan, R. y O'Brien, A. (2013). Needs and experiences of intensive care patients' families: a Saudi qualitative study. *British Association of Critical Care Nurses*, 19 (3), 135-144.
- Álvarez, G. F. y Kirby, A. S. (2006). The perspective of families of the critically ill patient: their needs. *Curr Opin Crit Care*, 12 (6), 614-618.
- Araos, B. (2007). Manejo multidisciplinario del dolor crónico. *Rev. Med. Clin. Condes*, 18 (3), 222-228.
- Arroyo-Novoa, C. M., Figueroa-Ramos, M. I., Puntillo, K. A., Stanik-Hutt, J., Thompson, C. L., White, C. y Wild, L. (2008). Pain related to tracheal suctioning in awake acutely and critically ill adults: A descriptive study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24, 20-27.
- Aslan, F. E., Badir, A., Arli, S. K. y Cakmkci, H. (2009-10). Patients experience of pain after cardiac surgery. *Contemporary nurse*, 34 (1), 48-54.

- Azoulay, E., Chevret, S., Leleu, T., Porrón, F., Barboteu, M., Adrie, C., Canoui, P., Le Gall, J. R. y Schlemmer, B. (2000). La mitad de las familias de los pacientes de la unidad de cuidados intensivos experimentan la falta de comunicación con los médicos. *Crit Care Med*, 28 (8), 3044-3049.
- Azoulay, E., Pochard, F., Chevret, S., Lemaire, F., Mokhtari, M., Le Gall, J. R., Dhainaut, J. F., Schlemmer, B. y French FAMIREA Group. (2001). Meeting the needs of intensive care unit patient families: a multicenter study. *Am J Respir Crit Care Med*, 163 (1), 135-139.
- Azoulay, E. y Pochard, F. (2003). Communication with family members of patients dying in the intensive care unit. *Curr Opin Crit Care*, 9 (6), 545-550.
- Azoulay, E., Pochard, F., Kentish-Barnes, N., Chevret, S., Aboab, J., Adrie, C., Annane, D., Bleichner, G., Bollaert, P. E., Darmon, M., Fassier, T., Galliot, R., Garrouste-Orgeas, M., Goulenok, C., Goldgran-Toledano, D., Hayon, J., Jourdain, M., Kaidomar, M., Laplace, C., Larché, J., Liotier, J., Papazian, L., Poisson, C., Reiqnier, J., Saidi, F., Schlemmer, B. y FAMIREA Study Group. (2005). Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Med*, 171 (9), 987-994.
- Bailey, J. J., Sabbagh, M., Loiselle, C. G., Boileau, J. y McVey. (2010). Supporting families in the ICU: A descriptive correlational study of informational support, anxiety, and satisfaction with care. *Intensive and Critical Nursing*, 26, 114-122.
- Bair, M. J., Robinson, R. L., Katon, M. y Kroenke, K. (2003). Depression and Pain Comorbidity. A Literature Review. *Arch Intern Med*, 163 (20), 2433-2445.
- Barth, M. M. y Jenson, C. E. (2006). Postoperative Nursing Care of Gastric Bypass Patients. *American Journal of Critical Care*, 15, 378-387.
- Bellack, A. S. y Hersen, M. (1986). *Behavioral assessment: A practical handbook* (2a ed.). Nueva York. Pergamon.

- Bertolini, G., Minelli, C., Latronico, N., Cattaneo, A., Mura, G., Melotti, R. M. y Iapichino, G. (2002). The use of analgesic drugs in postoperative patients: the neglected problem of pain control in intensive care units. An observational, prospective, multicenter study in 128 Italian intensive care units. *Eur J Clin Pharmacol*, 58, 73–77.
- Biancofiore, G., Bindi, M. L., Romanelli, A. M., Urbani, L., Mosca, F. y Filipponi, F. (2005). Stress-inducing factors in ICUs: What liver transplant recipient experience and what caregivers perceive. *Liver Transplantation*, 11 (8), 967-972.
- Blanca-Gutiérrez, J. J., Blanco, A. M., Luque, M. y Pérez, M. A. (2008). Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: revisión sistemática de estudios cualitativos. *Enfermería Global*, 7 (1), 2-14.
- Bongard, F. S. y Sue, D. Y. (2003). *Diagnóstico y tratamiento en cuidados intensivos*. (2a ed.). México: Editorial Manual Moderno.
- Boyle, G. J., Fernández, E. y Ortet, G. (2003). El cuestionario de dolor de McGill (McGill Pain Questionnaire- MPQ): consideraciones lingüísticas y estadísticas. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 12 (1), 111-119.
- Cam, J. L. (2011). Manejo inicial del paciente con trauma craneoencefálico e hipertensión endocraneana aguda. *Acta Medica*, 28 (1), 39-45.
- Campos, D. y Kimiko, R. (2011). Neuropatías periféricas dolorosas. *Revista Brasileira Anestesiología*, 61 (5), 351-360.
- Cardona, F. A. y Franco, G. M. (2004). *Efectos del reposo prolongado en cama sobre el sistema musculoesquelético en el adulto hospitalizado en unidad de cuidados intensivos. Intervenciones de enfermería*. Tesis especialista en Cuidado de Enfermería al Adulto en Estado Crítico de Salud, Facultad de enfermería, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

- Carrasco, M., Jiménez, C. y Márquez, M. (2010). Fibromialgia: cuando el dolor en una historia de vida. *Índex de Enfermeria*, 19 (2-3), 196-200.
- Cason, C. L., Jones, T., Brock, J., Maese, P. y Milligan, C. (1999). Nurses' knowledge of pain management: implications for staff education. *Journal for Nurses in Staff Development*, 15 (6), 228-235.
- Cerón, Y. M. (2008). Aspectos presentes en la comunicación de la enfermera, la familia y la institución en la unidad de cuidado intensivo. Proyecto de grado para optar a título de especialista en enfermería en cuidado crítico. Pontificia Universidad Javeriana.
- Chanques, G., Jaber, S., Barbotte, E., Violet, S., Sebbane, M., Perrigault, P. F., Mann, C., Lefrant, J. Y. y Eledjam, J. J. (2006). Impact of Systematic evaluation of pain and agitation in an intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 34 (6), 1691-1699.
- Chanques, G., Viel, E., Constantin, J. M., Jung, B., de Lattre, S., Carr, J., Cissé, M., Lefrant, J. Y. y Jaber, S. (2010). The measurement of pain in intensive care unit: Comparison of 5 self-report intensity scales. *Pain*, 151, 711-721.
- Chávez, O. M., Mendoza, M., Acuña, E., Losada, B. y Silva, A. (2005). Sedación de Pacientes en Ventilación Mecánica. Parte II. *Revista de Medicina Interna y Medicina Crítica*, 2 (5), 72- 78.
- Choi, J., Hoffman, L. A., Schulz, R., Tate, J. A., Donahoe, M. P., Ren, D., Given, B. A. y Sherwood, P. R. (2013). Self-Reported Physical Symptoms in Intensive Care Unit (ICU) Survivors: Pilot Exploration Over Four Months Post-ICU Discharge. *Journal of Pain and Symptom Management*. doi:10.1016/j.jpainsymman.2013.03.019.
- Chóliz, M. (1994). El dolor como experiencia multidimensional: la cualidad motivacional-afectiva. *Ansiedad y Estrés*, 0, 77-88.

- De Aymar, C., de Lima, L. S., dos Santos, C., Moreno, E. y Coutinho, S. B. (2014). Pain assessment and management in the NICU: analysis of an educational intervention for health professionals. *J Pediatr (Rio J)*, 1-8.
- Dunwoody, C. J., Krenzischek, D. A., Pasero, C., Rathmell, J. P. y Polomano, R. C. (2008). Assessment, physiological monitoring, and consequences of inadequately treated acute pain. *Pain Management Nursing*, 9 (1), 11-21.
- Eccleston, C. (2001). Role of psychology in pain management. *British Journal of Anaesthesia*, 87 (1), 144-152.
- Echeverri, J. L. y Molina, F. (2003). Analgesia, sedación y relajación en el paciente críticamente enfermo. En M. A. González, G. Restrepo y A. Sanín, *Paciente en estado crítico* (pp. 11-27). Medellín: Corporación para investigaciones biológicas.
- Eggenberger, S. K. y Nelms, T. P. (2007). Being a family: the family experience when an adult member is hospitalized with a critical illness. *J Clin Nurs*, 16 (9), 1618-1628.
- Erdek, M. A. y Pronovost, P. J. (2004). Improving assessment and treatment of pain in the critically ill. *International Journal for Quality in Health Care*, 16 (1), 59-64.
- Erstad, B. L., Puntillo, K., Gilbert, H. C., Grap, M. J., Li, D., Medina, J., Mularski, R. A., Pasero, C., Varkey, B. y Sessler, C. N. (2009). Pain Management Principles in the Critically Ill. *Chest*, 135, 1075-1086.
- Esper, R.C y Hernández K. G. (2011). La importancia de la Psicología de enlace en la unidad de terapia intensiva. *Revista de Investigación Médica del Sur de México*. 18 (3), 118-127.
- Ferguson, J., Gilroy, D. y Puntillo, K. (1997). Dimensions of pain and analgesic administration associated with coronary artery bypass grafting in an Australian intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 13 (26), 1065-1072.

- Frazier, S. K., Moser, D. K., Riegel, B., McKinley, S., Blakely, W., Kim, K.A., et al. (2002). Evaluación de las enfermeras de cuidados críticos de la ansiedad de los pacientes: la dependencia de los parámetros fisiológicos y de comportamientos. *Am J Crit Care*, 12 (1), 19-27.
- Flórez, S.D. (2002). Duelo. *An Sist Navar* (25), 77-85.
- Fox-Wasylyshyn, S., El-Masri, M. y Williamson, K. (2005). Family perceptions of nurses' roles toward family members of critically ill patients: A descriptive study. *Heart and Lung*, 34 (5), 335-344.
- Gagliardi, J. A., De Abreu, M., Mariani, J., Silberstein, M., De Sagastizábal, D., Salzberg, S., Doval, H. y Tajer, C. (2012). Motivos de ingreso, procedimientos, evolución y terapéuticas al alta de 54.000 pacientes ingresados a unidades de cuidados intensivos cardiovasculares en la Argentina. Seis años del Registro Epi-Cardio. *Revista Argentina de Cardiología*, 80 (6), 446-454.
- Galán, I. C (1998). Terapias racionales y de reestructuración cognitiva. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado. Y M. Muñoz. *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 667- 709). Madrid: Ediciones pirámide.
- Garrouste-Orgeas, M., Willems, V., Timsit, J. F. Diaw, F., Brochon, S., Vesin, A., Philppart, F., Tabah, A., Coquet, I., Bruel, C., Moulard, M. L., Carlet, J. y Misset, B. (2010). Opinions of families, staff, and patients about family participation in care in intensive care units. *J Crit Care*, 25 (4), 634-640.
- Gaviria, A. M. y Vieco, P. L. (2005). Aspectos psicológicos del dolor crónico. En A. M. Cadavid, J. R. Estupiñán y J. J. Vargas. *Dolor y cuidados paliativos* (pp.32-36). Medellín: Corporación para investigaciones biológicas.
- Gélinas, C., Fortier, M., Viens, C., Fillion, L. y Puntillo, K. (2004). Pain Assessment and Management in Critically Ill Intubated Patients: a Retrospective Study. *American Journal of Critical Care*, 13 (2), 126-136.

- Gélinas, C., Arbour, C., Michaud, C., Vaillant, F. y Desjardins, S. (2011). Implementation of the critical-care pain observation tool on pain assessment/management nursing practices in an intensive care unit with nonverbal critically ill adults: a before and after study. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 1495-1504.
- Giraldo, I. C. y Crespo, L. J. (2012). Cuidado de enfermería durante el transporte interhospitalario del paciente en estado crítico. En A. M. Pulgarín, S. P. Osorio y L. E. Varela, *Cuidado del paciente en estado crítico* (pp. 369-392). Medellín: Corporación para investigaciones biológicas.
- Girling, K (2004). Management of head injury in the intensive-care unit. *Continuing Education in Anaesthesia Critical Care & Pain*, 4(2), 52-56: doi: 10.1093.
- Gómez-Carretero, P., Monsalve, V., Soriano, J. F. y de Andrés, J. (2007). Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina Intensiva*, 31 (6), ISSN 0210-5691.
- González, L., González, M. A., Manjarrez, J. A., Cruz, M. A., Escandón, Y. M., Vázquez, J. R., Mondragón, I. y Campos, I. T. (2011). Abordaje laparoscópico de úlcera gástrica perforada. *Revista De La Facultad De Medicina De La UNAM*, 54 (2), 41-45.
- González-Cavero, J., Arévalo, J.M., Lorente, J.A. (1999). Tratamiento prehospitalario del paciente quemado crítico. Servicio de cirugía plástica y unidad de grandes quemados. Hospital Universitario de Getafe. Madrid. 11, 295-301.
- Granja, C., Lopes, A., Moreira, S., Dias, C., Costa-Pereira, A. y Carneiro, A. (2005). Patients' recollections of experiences in the intensive care unit may affect their quality of life. *Crit Care*, 9, 96-109.
- Guimarães, M. M., El Dib, R. P., Smith, A. F. y Matos, D. (2009). Incentive spirometry for prevention of postoperative pulmonary complications in upper abdominal surgery. *Cochrane Database Syst Rev*, 2, 1-26.

- Gustafsson, M. y Borglin, G. (2013). Can a theory-based educational intervention change nurses' knowledge and attitudes concerning cancer pain management? A quasi-experimental design. *BMC Health Services Research*, 313-328.
- Halgin, R. P. y Whitbourne, S. K (2009). Psicología de la anormalidad. Perspectivas clínicas en los trastornos psicológicos. México: Mc Graw Hill.
- Hardicre, J. (2003). Nurses' experiences of caring for the relatives of patients in ICU. *Nurs Times*, 99 (29), 34-37.
- Haslam, L., Dale, C., Knechtel, L. y Rose, L. (2012). Pain descriptors for critically ill patients unable to self-report. *Journal of Advanced Nursing*, 68 (5), 1082-1089. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05813.x
- Hasson, H. y Arnetz, J. E. (2009). The impact of an educational intervention on nursing staff ratings of quality of older people care: A prospective, controlled intervention study. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 470-478.
- Herr, K., Coyne, P. J., Key, Y., Manworren, R., McCaffery, M., Merkel, S., Pelosi-Kelly, J. y Wild, L. (2006). Pain assessment in the nonverbal patient: Position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing*, 7, 44-52.
- Holden, J., Harrison, L. y Johnson, M. (2002). Families, nurses and intensive care patients: a review of the literature. *J Clin Nurs*, 11 (2), 140-148.
- Hughes, F., Bryan, K. Robbins, I. (2005). Relatives' experiences of critical care. *Nursing in Critical Care*, 10 (1), 23-30.
- Hurlock-Chorostecki, C. (2002). Management of pain during weaning from mechanical ventilations: the nature of nurse decision-making. *Can J Nurs Res*, 34 (3), 33-47.

- Iglesias, E. B. (1998). Técnicas de solución de problemas. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz, *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 710-743). Madrid: Ediciones pirámide.
- International Association for Study of Pain (IASP). (1979). Pain terms: a list with definitions and notes on usage. *Pain*, 6, 249–252.
- International Association for Study of Pain (IASP). (2009). Dolor provocado por el cáncer. En 20 Fact Sheets on topics ranging from the assessment of cancer pain to the psychological aspects of cancer pain.
- Ibáñez, S., Morales, C., Calleja, M. y Moreno, P. (2001). Terapéutica: tratamiento del dolor. Formación continuada para farmacéuticos de hospital.
- Jeitziner, M. M., Schwendimann, R., Hamers, J. P. H., Rohrer, O., Hantikainen, V. y Jakob, S. M. (2012). Assessment of pain in sedated and mechanically ventilated patients: an observational study. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 56, 645-654.
- Johnson, D., Wilson, M., Cavanaugh, B., Bryden, C., Gudmundson, D. y Moodley, O. (1998). Measuring the ability to meet family needs in an intensive care unit. *Crit Care Med*, 26 (2), 266-271.
- Jones, C., Griffiths, R. D., Humphris, G. y Skirrow, P. M. (2001). Memory, delusions, and the development of acute posttraumatic stress disorder-related symptoms after intensive care. *Crit Care Med*, 29, 573–580.
- Jones, C., Skirrow, P., Griffiths, R., Humphris, G., Ingleby, S., Eddleston, J., Waldmann, C. y Gager, M. (2004). Post-traumatic stress disorder-related symptoms in relatives of patients following intensive care. *Intensive Care Medicine* 30, 456–460.
- Karlsson, C., Tisell, A., Engström, A. y Andershed, B. (2011). Family members' satisfaction with critical care: a pilot study. *Nurs Crit Care*, 16 (1), 11-18.

- Keefe, F. J., Lumley, M., Anderson, T., Lynch, T. y Carson, K. L. (2001). Pain and Emotion: New Research Directions. *Journal of Clinical Psychology*, 57 (4), 587-607.
- Kerns, R. D., Sellinger, J. y Goodin, B. R. (2011). Psychological treatment of chronic pain. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 411-434.
- Klein, D. G., Dumpe, M., Katz, E. y Bena, J. (2010). Pain assessment in the intensive care unit: Development and psychometric testing of the nonverbal pain assessment tool. *Heart and Lung*, 39 (6), 521-528.
- Kline, W. H., Turnbull, A., Labruna, V. E., Haufler, L., DeVivio, S. y Ciminera, P. (2010). Enhancing Pain Management in the PICU by Teaching Guided Mental Imagery: A Quality-Improvement Project. *Journal of Pediatric Psychology*, 35 (1), 25-31.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., García, R. F., Aguayo, L. V., Parra, A. F. y Virués-Ortega, J. (2005). Psicoterapia Analítico-Funcional y Terapia de Aceptación y Compromiso: teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (2), 349-371. ISSN 1697-2600.
- Kutash, M. y Northrop, L. (2007). Family members' experiences of the intensive care unit waiting room. *J Adv Nurs*, 60 (4), 384-388.
- Kyranou, M. y Puntillo, K. (2012). The transition from acute to chronic pain: might intensive care unit patients be at risk? *Annals of Intensive Care*, 2, 3-11.
- Labrador, F. J., Cruzado, J. A. y Muñoz, M. (2008). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Lam, K., Geok, K., Ahmad, Z., Abdul, R. y Japar, S. (2008). Perception of intensive care unit stressors by patients in Malaysian Federal Territory hospitals. *Contemporary Nurse*, 31 (1), 86-93.
- Latorre Marco, I., Solís Muñoz, M., Falero Ruiz, T., Larrasquitu Sánchez, A., Romay Pérez, A. B. y Millán Santos, I. (2011). Validación de la Escala de Conductas Indicadoras de Dolor para valorar

el dolor en pacientes críticos, no comunicativos y sometidos a ventilación mecánica: resultados del proyecto ESCID. *Enfermería Intensiva*, 22 (1), 3-12.

Li, D., Puntillo, K. y Miaskowski, C. (2008). A Review of Objective Pain Measures for Use With Critical Care Adult Patients Unable to Self-Report. *The journal of pain*, 9 (1), 2-10.

Linares, A. (2008). Duelo anticipado: Sobre el desarrollo del concepto y la importancia de su estudio y abordaje.

Linnarsson, J. R. y Perseus, K. I. (2010). A meta-synthesis of qualitative research into needs and experiences of significant others to critically ill or injured patients. *J Clin Nurs*, 19 (21-22), 3102-3111.

Manias, E., Botti, M. y Bucknall, T. (2002). Observation of pain assessment and management: the complexities of clinical practice. *J Clin Nurs* 11 (6), 724-33.

Marino, P. L. (2007). *The ICU Book* (3a ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Martí, J. L. (2001). Tratamiento del dolor postoperatorio en UCI. Primer simposio virtual de dolor, medicina paliativa y avances en farmacología del dolor.

Martín, A. y Pérez, M. A. (2005). Psychosocial adaptation in relatives of critically injured patients admitted to an intensive care unit. *The Spanish Journal of Psychology*, 8 (1), 36-44.

McGrath, P. A. y Dade, L. A. (2004). Strategies to decrease pain and minimize disability. En D. D. Price y Bushnell, C. (ed.), *Psychological methods of pain control: basic science and clinical perspectives. Progress in pain research and management* (pp. 73-96). Seattle: IASP Press.

Melzack, R. y Casey, K. L. (1968). Sensory, motivational, and central control determinants of pain. A new conceptual model. En D. Kenshalo, *The skin senses* (pp. 423 - 443). Springfield: Charles C. Thomas.

Miler, G. (2012). Crisis theories, domains and intervention models. In G. Miler. (2012). *Fundamentals of crisis counselling*. USA: John Wiley & Sons. Ch. 2. Pp. 13- 26.

- Milgrom, L. B., Brooks, J. A., Qi, R., Bunnell, K., Wuestefeld, S. y Beckman, D. (2004). Pain Levels Experienced With Activities After Cardiac Surgery. *American Journal of Critical Care*, 13, 116-125.
- Misra, S. y Koshy, T. (2012). A review of the practice of sedation with inhalational anesthetics in the intensive care unit with the AnaConDa® device. *Indian J Anaesth*, 56, 518-23.
- Moix, J. (2002). La hipnosis en el tratamiento del dolor. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 9, 525-532.
- Moix, H. y Casado, M. I. (2011). Terapias Psicológicas para el Tratamiento del Dolor Crónico. *Clínica y Salud*, 22 (1), 41-50.
- Muriel, J. (2007). Conceptos generales en dolor. *Máster del dolor*. Pp 1-14.
- Oblitas, L.A. (2008). El estado del arte de la Psicología de la Salud. *Revista de Psicología*. Universidad del Valle de México, Tlalpan. Vol. XXVI (2), (ISSN 0254-9247).
- Olivares, M. E. y Cruzado, J. A. (2008). Evaluación psicológica del dolor. *Clínica y Salud*, 19 (3), 321-341.
- Pardavilia, M. I. y Vivar, C. G. (2012). Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. *Enfermería Intensiva*, 23 (2), 51-67.
- Park, G., Lane1, M., Rogers, S y Bassett, P. (2007). A comparison of hypnotic and analgesic based sedation in a general intensive care unit. *British Journal of Anaesthesia*, 98 (1): 76-82. doi:10.1093/bja/ael320.
- Patiraki, E. I., Papathanassoglou, E., Tafas, C., Akarepi, V., Katsaragakis, S. G., Kampitsi, A. y Lemonidou, C. (2006). A randomized controlled trial of an educational intervention on Hellenic nursing staff's knowledge and attitudes on cancer pain management. *European journal of oncology nursing*, 10 (5), 337-352.

- Payen, J. F., Bru, O., Bosson, J. L., Lagrasta, A., Novel, E., Deschaux, I., Lavagne, P. y Jacquot, C. (2001). Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioural pain scale. *Crit Care Med*, 29 (12), 2258-2263.
- Payen, J. F., Bosson, J. L., Chanques, G., Mantz, J. y Labarere, J. (2009). Pain Assessment Is Associated with Decreased Duration of Mechanical Ventilation in the Intensive Care Unit. *Anesthesiology*, 111 (6), 1308-16.
- Pereria, R. (2010). Evolución y diagnóstico del duelo normal y patológico. *FMC*, 17 (10), 656-663.
- Perfil epidemiológico, (2012). Hospital Universitario Mayor Méderi (HUM).
- Phua, G. C. y Wahidi, M. M. (2009). ICU procedures of the critically ill. *Asian Pacific Society of Respirology*, 14, 1092–1097.
- Pochard, F., Azoulay, E., Chevret, S., Lemaire, F., Hubert, P., Canoui, P., Grassin, M., Zittoun, R., Ie Gall, J. R., Dhainaut, J. F., Schlemmer, B. y French FAMIREA Group. (2001). Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: ethical hypothesis regarding decision-making capacity. *Crit Care Med*, 29 (10), 1893-1897.
- Prieto, I. y Pujol, I. (2008). Pronóstico del paciente con cáncer en las unidades de cuidados intensivos. *Med Clin*, 130 (15), 576.
- Puntillo, K. A., White, C., Morris, A. B., Perdue, S. T., Stanik-Hutt, J., Thompson, C. L. y Wild, L. R. (2001). Patients' perceptions and responses to procedural pain: results from Thunder Project II. *American Journal of Critical Care*, 10, 238-251.
- Puntillo, K. A., Morris, A. B., Thompson, C. L., Stanik-Hutt, J., White, C. A. y Wild, L. R. (2004). Pain behaviors observed during six common procedures: Results from Thunder Project II. *Critical Care Medicine*, 32, 421-427.
- Puntillo, K., Pasero, C., Li, D., Mularski, R. A., Grap, M. J., Erstad, B. L., Varkey, B., Gilbert, H. C., Medina, J. y Sessler, C. N. (2009). Evaluation of pain in ICU patients. *Chest*, 135, 1069-1074.

- Ramos, I. Samsó, E. (2007). Analgesia y sedación del paciente crítico en ventilación mecánica. *Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim*, 54, 302- 312.
- Raphael, B. y Wilson, J. P. (2000). *Psychological Debriefing-Theory, Practice and Evidence*. Cambridge: Cambridge University Press. Pp. 376.
- Recchia, L. A. (2004). Polineuropatía del paciente crítico. *Revista del Hospital Privado de Comunidad*, 7 (1), 52-55.
- Rojas, J. G. (2012). Cuidado de enfermería al paciente quemado en estado crítico de salud. En A. M. Pulgarín, S. P. Osorio y L. E. Varela, *Cuidado del paciente en estado crítico* (pp. 293-312). Medellín: Corporación para investigaciones biológicas.
- Rose, L., Haslam, L., Dale, C., Knechtel, L., Fraser, M., Pinto, R., McGillion, M. y Watt-Watson, J. (2011). Survey of assessment and management of pain for critically ill adults. *Intensive and Critical Care Nursing*, 27, 121-128.
- Rupp, M., Miley, H. y Russell-Babin, K. (2013). Incentive Spirometry in Postoperative Abdominal/Thoracic Surgery Patients. *Advanced Critical Care*, 24 (3), 255-263.
- Sakata, R. K. (2010). Analgesia and sedation in Intensive Care Unit. *Rev Bras Anesthesiol*, 60, 648-658.
- Samuelson, K. A. M., Lundberg, D. y Fridlund, B. (2007) Stressful memories and psychological distress in adult mechanically ventilated intensive care patients - a 2-month follow-up study. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 51 (6), 671-678.
- Serrano-Atero, M.S., Caballero, J., Cañas, A., García-Saura, P. L., Serrano-Álvarez, C. y Prieto, J. (2002). Valoración del dolor (I). *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 9 (2), 94-108.
- Shapiro, S. (2003). Problemas cardiacos en cuidados intensivos. En F. S. Bongard y D. Y. Sue, *Diagnóstico y tratamiento en cuidados intensivos* (pp. 563-598). México: Editorial Manual Moderno.

- Siurana, S. y Martínez de la Cuadra, J. (2011). Psicoeducación familiar sistémica. Una experiencia en un centro de rehabilitación psicosocial. *Rehabilitación Psicosocial*, 8 (1 y 2), 32-35.
- Slaikeu, K. A. y Chávez, M. (2000). *Intervención en crisis manual para práctica e investigación / Karl A. Slaikeu; traducción de Maricela Chávez Mejía*. México D.F.: Manual Moderno.
- Stanik-Hutt, J. A., Soeken, K. L., Belcher, A. E., Fontaine, D. K. y Gift, A. (2001). Pain Experiences of Traumatically Injured Patients in a Critical Care Setting. *American Journal of Critical Care*, 10, 252-259.
- Stein-parbury, J. y McKinley, S. (2000). Patients' Experiences of Being in an Intensive Care Unit: A Select Literature Review. *American Journal of Critical Care*, 9 (1), 20-27.
- Stites, M. (2013). Observational Pain Scales in Critically Ill Adults. *Critical Care Nurse*, 33 (3), 68- 79.
- Stolic, S. y Mitchell, M. L. (2010). Pain management for patients in cardiac surgical intensive care units has not improved over time. *Australian college of critical care nurs*, 23, 157-159.
- Suárez, J. C., Rodríguez, L., Enríquez, C. L. y Colombié, R. (2002). Comportamiento del infarto agudo de miocardio en la Unidad de Cuidados Intensivos. Enero-Diciembre de 2000. *Revista Cubana De Medicina*, 41 (1), 25-28.
- Taberner, M. M., Pareja, J., Amorós, M. M., Palmer, A. y Abad, A.S. (2008). Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor crónico. *Clínica y Salud*, 19 (3), 295-320. ISSN: 1135-0806.
- Tate, J.A., Sereika, S., Divirgilio, D., Nilsen, M., Demerci, J., Campbell, G., y Happ, M.B. (2013). Symptom Communication During Critical Illness: The Impact of Age, Delirium, and Delirium Presentation. *Journal of Gerontological Nursing*, 39 (8), 28-38.
- Tamargo, P. A. y Estenoz, J. C. (2006). Estudio de morbilidad y mortalidad en el tromboembolismo pulmonar. *Revista Cubana De Angiología Y Cirugía Vascul*, 7 (1), 1-8.

- Tedstone, J. E. y Tarrier, N. (2003). Posttraumatic stress disorder following medical illness and treatment. *Clin Psychol Rev*, 23, 409–448.
- Tengvall, O.M., Björnhagen, V.C., Lindholm, C., Jonsson, C-E y Wengström, Y. (2006). Differences in Pain Patterns for Infected and Noninfected Patients with Burn Injuries. *Pain Management Nursing*, Volumen 7 (4), 176-182.
- Torrens, R., Oliva, E., Saucedo, M. J., Surroca, L. y Jover, C. (2003). Impacto de los familiares del paciente crítico ante una acogida protocolizada. *Enferm Intensiva*, 14 (2), 49-60.
- Torres, N. M., Acuña, E. G., Sánchez, R., Pena, D. y Mota, R. (2010). Pancreatitis Crónica Secundaria a Litiasis Primaria del Conducto de Wirsung, Clínica y Tratamiento Quirúrgico. Caso Clínico. *Informe Médico*, 12 (4), 201-206.
- Truyols, M. M., Pérez, J., Medinas, M. M., Palmer, A. y Sesé, A. (2008). Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor crónico. *Clínica y Salud*, 19 (3), 295-320.
- Turk, D. C., Meichenbaum, D. y Genest, M. (1983). *Pain and behavioral medicine: A cognitive-behavioral perspective*. New York: Guilford Press.
- Vallejo, M. A. (2005). Tratamiento psicológico del dolor crónico. *Boletín de psicología*, 84, 41-58.
- Van-der Hofstadt, C. J. y Quiles, M. J. (2001). Dolor crónico: Intervención terapéutica desde la Psicología. *Rev Soc Esp Dolor*, 8, 503-510.
- Varela, L. E. y Rivera, L. M. (2012). Consideraciones de enfermería sobre el paciente con alteraciones neurocríticas. En A. M. Pulgarín, S. P. Osorio y L. E. Varela, *Cuidado del paciente en estado crítico* (pp. 249-266). Medellín: Corporación para investigaciones biológicas.
- Vargas-Mendoza, J.E y Aguilar-García, E. (2011). Niveles de estrés en los familiares de los pacientes atendidos en la unidad de cuidados intensivos de un hospital general. *Centro Regional de Investigación en Psicología*, 5 (1), 35-40.

- Vázquez, M., Pardavila, M. I., Lucia, M., Aguado, Y., Margall, M. A. y Asiain, M. C. (2011). Pain assessment in turning procedures for patients with invasive mechanical ventilation. *Nursing in Critical Care, 16* (4), 178-185.
- Vásquez-Ortega, K., García-Ramírez, R., Cruz-Ramírez, M. y Vázquez-Morales, A. (2008). Electroterapia como manejo alternativo de dolor en quemaduras. *Revista De Sanidad Militar, 62* (3), 141-144.
- Verhaeghe, S., Defloor, T., Van Zuuren, F. Duijnste, M. y Grypdonck, M. (2005). The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. *J Clin Nurs, 14* (4), 501-509.
- Wang, H. L. y Tsai, Y. F. (2010). Nurses' knowledge and barriers regarding pain management in intensive care units. *Journal of Clinical Nursing, 19*, 3188-3196.
- Watts, J.H. (2009). Understanding grief. In J.H. Watts. (2009). *Death, Dying and Bereavement: Issues for Practice*. Dunedin Academic Press. Ch. 5. Pp. 58-70.
- Whizar-Lugo, V. M., Flores-Carrillo, J. C., Marín-Salazar, G. y Benavides-Vázquez, A. (2008). Diagnóstico y tratamiento del dolor en el paciente crítico. *Anestesia en México, 20* (02), 85-90.
- Wilson, B. (2007). Nurses' knowledge of pain. *Journal of Clinical Nursing, 16*, 1012-1020.
- Worden, W. (2009). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (4th Ed.). New York: Springer.
- Wynne, R. y Botti, M. (2004). Postoperative pulmonary dysfunction in Adults after Cardiac Surgery with Cardiopulmonary Bypass: Clinical Significance and Implications for Practice. *American Journal of Critical Care, 13*, 384-393.
- Young, J., Siffleet, J., Nikoletti, S. y Shaw, T. S. (2006). Use of a Behavioral Pain Scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients. *Intensive and Critical Care Nursing, 22*, 32-39.