

## **Evaluación psicológica del dolor**

---

### ***Psychological assessment of pain***

**M.<sup>a</sup> EUGENIA OLIVARES CRESPO<sup>1</sup>**  
**JUAN A. CRUZADO RODRÍGUEZ<sup>1</sup>**

---

#### **RESUMEN**

*Se lleva a cabo una revisión sobre los objetivos, procedimiento e instrumentos de la evaluación psicológica del dolor. Se exponen las principales recomendaciones clínicas en cuanto a la entrevista, auto-registro, la observación conductual, registros psicofisiológicos, cuestionarios de dolor, afrontamiento, impacto en el estado emocional, función social y psicopatología. Asimismo, se presentan las recomendaciones en la evaluación del dolor en neonatos, niños preverbales y mayores, así como ancianos con demencia.*

#### **ABSTRACT**

*This article is a review of aims, procedures and tools in the psychological assessment of pain. The most important clinical recommendations are given with regard to interview, self-monitoring, behavioral observation, psycho-physiological records, pain questionnaires, coping, impact on emotional condition, social function, and psychopathology. Likewise, recommendations are provided on pain assessment in newborns, toddlers, other children, and elderly people with dementia.*

---

<sup>1</sup> Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos (Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos). Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. [jacruzado@psi.ucm.es](mailto:jacruzado@psi.ucm.es)

**PALABRAS CLAVE**

*Dolor, Evaluación del dolor, Instrumentos de evaluación del dolor, Dolor en niños, Dolor en ancianos.*

**KEY WORDS**

*Pain, Pain assessment, Pain assessment tools, Pain in children, Pain in elderly people.*

El dolor constituye una experiencia universal que afecta a toda la población en algún momento de su vida. La experiencia del dolor se haya modelado por una interacción recíproca y dinámica entre los aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales que modelan la experiencia del dolor. La evaluación del dolor debe partir de que es una experiencia multidimensional, única para cada persona, con varios niveles: nocicepción (la estimulación de las fibras nerviosas), sensación, percepción, motivación, emoción y valoración cognitiva (peligro percibido, significado), así como las conductas de dolor (las respuestas observables, ej. gestos, inactividad, peticiones de asistencia) (Turk y Burwinkle, 2005). Así mismo, la evaluación debe abarcar el impacto del dolor en las actividades sociales y laborales, metas vitales, y en la calidad de vida en general del paciente y los familiares. Todos los pacientes tienen derecho a que se alivie, controle o prevenga el dolor, para ello es necesario que sean atendidos por profesionales integrados en equipos interdisciplinarios con la debida formación y experiencia en la evaluación y el tratamiento integral del dolor, en los aspectos médicos, psicológicos y sociales. La evaluación del dolor es la base que posibilita su control.

Los objetivos de la evaluación psicológica del dolor son los siguientes: (1) Determinar la frecuencia, intensidad, localización del dolor y la cronología temporal (duración y variación cíclica) del dolor. (2) Determinar cuál

es el estado emocional (ansiedad, depresión, ira u otros), las cogniciones (las creencias, atribuciones, significado, auto-instrucciones y expectativas) y las conductas (quejas, toma de medicación, adherencia a tratamientos etc.) ante el dolor. (3) Determinar los factores antecedentes internos y externos que aumentan o disminuyen la experiencia del dolor. (4) Determinar las consecuencias a corto y largo plazo de las conductas y experiencia del dolor, en lo personal, familiar y actividades. (5) Determinar el grado de adaptación al dolor crónico, que incluye el estado emocional, afrontamiento, funcionamiento físico, social, de pareja y familiar. (6) Poner de manifiesto el rol de los factores psicológicos en la etiología, mantenimiento y exacerbación del dolor. (7) Llevar a cabo la formulación del caso clínico, de modo que se determinen los factores causales modificables que están a la base de mantenimiento o exacerbación del trastorno de dolor crónico. (8) Llevar a cabo el diagnóstico psicopatológico si es pertinente. (9) Valorar la probabilidad de desarrollo de incapacidad relacionada con dolor crónico. (10) Determinar que intervenciones psicológicas y médicas son las más apropiadas para cada paciente, en conjunción con el equipo interdisciplinario. Diseñar el plan de tratamiento idóneo y el método de valorar los resultados. (11) Predecir el resultado de intervenciones médicas, tales como la implantación de estimuladores espinales o bombas de infusión continuas.

A continuación se describen los principales instrumentos para cumplir los objetivos de la evaluación:

## ENTREVISTA

La evaluación del dolor comienza por una historia comprensiva y un examen físico clínico. La entrevista con el paciente, y cuando esté indicado con los cuidadores, aporta una información crítica y única. La entrevista permite la exploración de todos los objetivos de la evaluación previamente mencionados. Así mismo, permite obtener datos directos de observación de conductas de dolor (expresiones faciales, cambios posturales, reflejos), y del estado emocional (Bradley y McKendree-Smith, 2002). Es muy importante, comenzar especificando claramente el objeto de la evaluación, centrarse en el dolor y después abordar las áreas emocionales y sociales. No conviene administrar previamente cuestionarios sobre estados emocionales o síntomas psicopatológicos, ya que el paciente con una historia larga de dolor crónico y que no ha respondido a los tratamientos, puede considerar la evaluación psicológica como un modo de decirle que su dolor no es "real", sino "psicológico" o que es un enfermo mental. Debe aclararse, que su dolor es un proceso psicobiológico.

La entrevista a los cuidadores y miembros familiares aporta una valiosa información que puede contrastar y ampliar los datos aportados por el paciente en varios aspectos, tales como la evaluación de su comportamiento en respuesta a las conductas de dolor del paciente. En el caso de pacientes que presentan daños cognitivos o de comunica-

ción, la información de los cuidadores es un requisito imprescindible.

## ESCALAS VISUALES ANALÓGICAS Y CATEGORIALES

La medición del dolor es el producto de una introspección selectiva, que hace uso de una escala donde se asigna un descriptor o número. Esta calificación nunca mide el dolor con exactitud. Es difícil para el paciente asignar números discretos a lo que es una experiencia dinámica, como separar el dolor de sensaciones somáticas concomitantes (ej. parestesias, disestesias) y emociones (ej. síntomas de ansiedad o depresión). Asimismo, es complejo para el paciente distinguir el dolor durante el descanso, la realización de una actividad o ante situaciones estresantes. Lo que requiere de un entrenamiento previo. Por otra parte, no comunicar o calificar el dolor, no significa que éste no esté presente.

La forma más común de medir el dolor consta de una única pregunta en la que se pide a los pacientes que aporten una valoración en una escala que puede ser visual-analógica (VAS) o categórica, ya sea verbal o numérica. Las VAS han mostrado sensibilidad para detectar el cambio en el dolor tras recibir un tratamiento (ej. Jensen, Chen y Brugger, 2002), y presentan buena fiabilidad test-retest (ej. Fischer y cols, 1999). No obstante, las VAS presentan algunas dificultades: a) lleva más tiempo extraer la puntuación que en las categoriales; b) es

una medida de papel y lápiz y es difícil para pacientes con lesiones cerebrales o medulares, entre otros; c) es más compleja su comprensión que las categoriales. Las escalas verbales, tiene el problema de establecer pocos niveles, por lo que son menos sensibles a los cambios. Las escalas numéricas con muchos niveles de respuesta permiten la detección de pequeñas variaciones en niveles de dolor; además son sensibles a los cambios en las terapéuticas (ej. Palangio y cols, 2002), presentan buenos niveles de validez (ej. Owen y cols., 2000) y fiabilidad test-retest (ej. Bergh y cols, 2000). Una ventaja es que se puede administrar oralmente y es más adecuado en pacientes con dificultades motoras.

Las respuestas afectivas o el nivel de malestar emocional, se puede medir con estas mismas escalas VAS o categoriales, cambiando los extremos (ej. De “no siento molestias” a “siento la sensación de mayor malestar que puedo imaginar”).

## **AUTO-REGISTRO**

Es muy importante evaluar la frecuencia y duración del dolor a lo largo de días o semanas, mediante el auto-registro, lo cual ofrece la oportunidad de observar cuándo y en qué situaciones, actividades o momentos está presente el dolor, aumenta o disminuye (Jensen y Karoly, 2001). En la figura 1 se exponen los diferentes procedimientos de auto-registro.

El auto-registro tiene la ventaja de no estar sometido al recuerdo y sesgos retrospectivos. Además, permite evaluar el dolor en momentos y situaciones variables, y aporta mayor validez ecológica. La tecnología electrónica ha obviado algunos de los problemas de imprecisión o la no cumplimentación del registro en los intervalos temporales prescritos (Gendreau y cols., 2003), ya que las observaciones se pueden llevar cabo a través de una PDA (*Palm-top computer*), *two-way pager* o Voz sobre Protocolo de Internet, también llamado Voz sobre IP (VOIP, una tecnología de las llamadas telefónicas a través de conexión de Internet de banda ancha) (Turk y Burwinkle, 2005). A esto se añaden instrumentos electrónicos que pueden medir la movilidad durante 24 horas o los rangos de movimiento, etc. Estos métodos pueden ser costosos y su uso incorrecto puede producir pérdidas de datos. Un problema adicional con los métodos de observación (de papel y lápiz y tecnológicos) consiste en la reactividad debida a la atención sostenida al dolor.

## **OBSERVACIÓN**

Las conductas de dolor abarcan las expresiones faciales o verbales de malestar, la deambulación, posturas desadaptadas, signos de afectividad negativa y evitación de la actividad (Hadjistavropoulos y Craig 2002). Se pueden emplear métodos estructurados o no estructurados en varias situaciones (ej. sala de espera, mientras están sien-

**Figura 1. Modelos de auto-registros de dolor**

**Auto-registro diario del dolor**

	L	M	X	J	V	S	D
8-9h	L	M	X	J	V	S	D
9-10h	L	M	X	J	V	S	D
10-11h	L	M	X	J	V	S	D
11-12h	L	M	X	J	V	S	D
12-13h	L	M	X	J	V	S	D
13-14h	L	M	X	J	V	S	D
14-15h	L	M	X	J	V	S	D
15-16h	L	M	X	J	V	S	D
16-17h	L	M	X	J	V	S	D
17-18h	L	M	X	J	V	S	D
18-19h	L	M	X	J	V	S	D
19-20h	L	M	X	J	V	S	D
20-21h	L	M	X	J	V	S	D
(...)	L	M	X	J	V	S	D

Señale sobre la figura las áreas en las que sienta dolor.  
Ponga una X en aquellas en las que le duela más

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

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

do entrevistados, durante una serie de tareas físicas determinadas, etc.). Existen instrumentos estandarizados tales como *UAB Pain Behavior Scale* (Richards y cols., 1982) o el *PBCL Pain Behavior Checklist* (Kerns y cols., 1991).

afrontamiento, la funcionalidad y calidad de vida y, por último, aquellos que exploran de indicadores psicopatológicos. No citaremos los cuestionarios propios para cada síndrome doloroso específico (lumbalgia, fibromialgia, artrosis, cefaleas, etc.).

## CUESTIONARIOS

Los cuestionarios más empleados en la evaluación del dolor se pueden tipificar en aquellos que son propios del dolor, los que miden el

### Genéricos del dolor

Los cuestionarios generales del dolor de mayor aplicación son los que se exponen en la tabla 1.

**Tabla 1. Cuestionarios generales de evaluación del dolor**

<p>- Cuestionario de dolor de McGill (McGill Pain Questionnaire, MPQ Melzack, 1975, versión española de Lázaro y cols, 1994)</p> <p>- Versión abreviada del MPQ (Short-Form SF-MPQ, Melzack, 1987)</p>	<p>Primera parte: consta de unos dibujos delantero y posterior del cuerpo humano. Segunda: 78 (la versión española 68) adjetivos distribuidos en 20 grupos incluyendo cada grupo de 2 a 6 adjetivos que califican la experiencia dolorosa. Tercera: de que manera ha cambiado el dolor en el tiempo. Cuarta: mide la intensidad del dolor en una escala de 5 puntos. Índices: (a) Índice de Tasación del Dolor. (b) Intensidad del dolor presente- (c) Número de palabras elegidas. La versión abreviada consta de 15 adjetivos.</p> <p>Críticas: exige un tiempo prolongado (10-20 minutos) (versión reducida, SF-MPQ); vocabulario difícil de entender (los adjetivos pueden ser interpretados de diferentes formas, la relación entre las dimensiones que evalúa el cuestionario, asimetría de la representación de las categorías, no existe una categoría para el "no dolor". Esta escala ha demostrado buenas propiedades psicométricas como instrumento de medida de la intensidad del dolor con pacientes mayores, incluso con los que presentan leve o moderado deterioro cognitivo.</p>
<p>Inventario Multidimensional del Dolor (<i>West-Haven Yale. Multidimensional Pain Inventory</i> MPI, Kerns y cols., 1985, versión española Andréu y cols 2006).</p>	<p>52 ítems agrupados en 12 escalas que se distribuyen en tres partes: 1ª (20 ítems) evalúan 5 escalas de la experiencia de dolor (intensidad, interferencia en áreas de la vida del paciente, insatisfacción con su situación actual, visión del apoyo que recibe de otros, control que percibe tener sobre su vida, estados de ánimo negativos. 2ª (14 ítems) en tres escalas: evalúan las respuestas de los allegados a las demostraciones y quejas del dolor del paciente, 3ª (18 ítems) evalúa la participación del paciente en diferentes tipos de actividades diarias.</p>
<p>Inventario Breve del Dolor (<i>Brief Pain Inventory</i>, BPI, Cleeland y Ryan, 1994, versión española de Badia y cols , 2003)</p>	<p>Mide la presencia de la intensidad del dolor en los siguientes momentos: ahora, en las últimas 24 horas y el peor nivel en las 24 horas anteriores (4 ítems). Así como, la interferencia del dolor en las últimas 24 horas en la actividad, estado de ánimo, capacidad para andar, trabajar, relacionarse socialmente y disfrutar de la vida.</p>

### Estrategias de afrontamiento ante el dolor

Algunos de los instrumentos más referenciados en la literatura en España se muestran en la tabla 2.

### Funcionamiento físico y calidad de vida del dolor

El grupo IMMPACT (Dworkin y cols. 2005) recomienda que cuando no exista una medida específica bien establecida, se emplee la

escala de interferencia del MPI o los ítems de interferencia del BPI. Ramírez y Valdivia (2003) han desarrollado el Inventario de Deterioro y Funcionamiento Diario para pacientes con dolor crónico, que es muy útil. Asimismo, la calidad de vida de modo genérico puede llevarse a cabo mediante el SF-36 (Ware and Sherbourne, 1992; versión española de Alonso y cols., 1995), que permite comparar pacientes de dolor con distintas condiciones.

**Tabla 2. Pruebas para medir el afrontamiento al dolor**

Vanderbilt Pain Management Inventory (Brown y Nicassio 1987 VPMI, versión española de Esteve, y cols. 1999)	El cuestionario consta de 2 escalas que evalúan la frecuencia con la que los pacientes utilizan estrategias activas o pasivas, cuando el dolor es intenso o moderado. La escala total está formada por 18 ítems que se contestan de acuerdo a una escala de 4 puntos.
Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento ( <i>Coping Strategies Questionnaire</i> , CSQ Rosentiel y Keefe, versión española de Soriano y Monsalve, 1999).	Está compuesto por 42 ítems agrupados en 7 escalas (desviación de la atención, reinterpretación, ignorar la sensación de dolor, afrontamiento autoafirmativo, rezar y esperanzarse, catastrofismo, incremento de actividad) de 6 ítems (7 puntos) cada una, más dos ítems referidos al control que se ejerce sobre el dolor y a la capacidad para disminuirlo.
Cuestionario de Afrontamiento al Dolor (CAD, Soriano y Monsalve, 2002). Cuestionario de Afrontamiento al Dolor Reducido (CAD-R) (Soriano y Monsalve, 2004).	Consta de 31 ítems que reflejan el grado o frecuencia de utilización de las estrategias. 6 dimensiones (autoafirmación, búsqueda de información, religión, distracción, catarsis y autocontrol mental) y 2 factores de segundo orden (afrontamiento activo y afrontamiento pasivo). Ha sido validado para muestra española. La versión reducida consta de 24 ítems

## Indicadores psicopatológicos

El dolor esta asociado a malestar emocional significativo, que incluye síntomas de depresión, ansiedad, ira e irritabilidad, o trastornos psicopatológicos. Es frecuente que cuando los hallazgos físicos que explican el dolor no estén del todo esclarecidos o que el paciente no responda al tratamiento se le etiquete o culpe de magnificar las quejas por sus médicos, familiares, amigos o personas del trabajo, o al menos él o ella lo sientan así. Existe una fuerte asociación entre dolor y depresión (Arnow y cols 2006; Ohayon. y Schatzberg 2003). La evaluación de la depresión en pacientes de dolor crónico es un desafío, debido a que muchos de sus síntomas son consecuencia del propio dolor o del tratamiento médico (Gallagher y Verma, 2004). Del mismo modo, la ansiedad presente en el enfermo de dolor cróni-

co puede aumentar la tensión muscular y la activación fisiológica que a su vez retroalimenta el dolor. Los cuestionarios más empleados para medir estas dimensiones emocionales son las siguientes: Inventario de Depresión de BECK (BDI) (Beck y cols 1979; versión española Vázquez y Sanz (2000); Escala de Desesperanza de Beck (*Beck Hopelessness Scale*, BHS, Beck y cols, 1974; versión española de Aguilar y cols. 1995); Escala de Ideación Suicida (*Scale for Suicide Ideation*, SSI, Beck y cols, 1979) y el Inventario de Ansiedad Beck (*Beck Anxiety Inventory*, BAI, Beck y cols 1988; versión española de Sanz y Navarro, 2003). Una evaluación rápida de posibles diagnósticos psicopatológicos se puede obtener a través del MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (*MINI International Neuropsychiatric Interview*, MINI) (Ferrando y cols., 1998).

## EVALUACIÓN PSICOFISIOLÓGICA DEL DOLOR

La evaluación psicofisiológica es muy útil en el dolor tanto agudo como crónico (véase Flor, 2001). Las respuestas psicofisiológicas tales como conductancia de la piel, tasa cardiaca o alteraciones en la tensión muscular detectan su presencia (véase los textos de psicofisiología de Andreassi, 2007; Caccioppo y cols., 2007) e indican el nivel de activación ante el dolor, del mismo modo, revelan la existencia de factores psicofisiológicos y estereotipias de respuesta al estrés, que en determinados pacientes explican la etiopatogenia del dolor. Por último, los registros psicofisiológicos pueden ser útiles para valorar la pertinencia de determinados tratamientos, tales como el *biofeedback*, o predecir la generalización, transferencia y eficacia de las intervenciones.

## GRUPOS ESPECIALES

### EVALUACIÓN DEL DOLOR EN NIÑOS

La evaluación del dolor en el niño es compleja debido a las dificultades de comunicación y dominio del lenguaje, sobre todo en los más pequeños. El método de evaluación depende de la edad y nivel de desarrollo cognitivo del niño, la naturaleza de su dolor, la cronología de la enfermedad, la terapia previa y la situación en la que ocurre, además de contemplar las implicaciones clínicas y legales de esta evaluación

(McGrath y Gillespie, 2001; Quiles y cols., 2003).

### Dolor Infantil: desarrollo evolutivo

**De 0 a 2 años:** El dolor en el neonato ha sido largamente infravalorado, se creía que la falta de verbalización y expresión del recién nacido era paralela a su incapacidad para percibir o recordar el dolor (Gorina, Muñoz, y Castells, 2007). Al principio solo es capaz de sentir sus propiocepciones, en el momento del nacimiento tiene percepciones confusas que se centran en la piel y en la zona oral. En los primeros 6 meses, el estímulo doloroso provoca conductas anticipatorias en el niño. Siendo los signos: agitación, hipertensión, hipoventilación con hipercapnia a causa de la rigidez, e hipoxemia con atelectasias. (Quiles y cols., 2003). A los 18 meses puede verbalizar el dolor e indicar donde le duele. Para el niño de final de esta etapa, el dolor es una herida o lo que produce daño en el cuerpo (Llach, 1997).

**Etapa pre-operacional (de 2 a 7 años):** El niño es capaz de simbolizar, adquiere el lenguaje completo en el que puede explicar lo que le pasa. La relación causa-efecto es inmediata, solo conoce lo reciente y lo pasado y puede confundir fantasía con realidad. Piensa que los acontecimientos pueden ser causados por sus propias acciones o pensamientos, de este modo la enfermedad y los tratamientos pueden hacerle sentir que está siendo castigado. A partir del

segundo año de vida reaccionan con emociones intensas y resistencia física a cualquier experiencia dolorosa real o percibida. No tiene la capacidad para describir su tipo o intensidad, pero sí puede localizarlo. Por ello hasta los 4 años son útiles los métodos conductuales y fisiológicos. Los niños preescolares experimentan una pérdida de autocontrol cada vez mayor con el dolor. Entre los 5 y los 7 años pueden discriminar la intensidad del dolor. Suelen pensar que el dolor está provocado por causas externas y concretas. Son útiles los métodos subjetivos (escalas cuantitativas), los conductuales y los fisiológicos (Martín-Sanabria, y Martín-Sanabria, 1997, Llach, 1997, Quiles, y cols., 2003).

**Etapas de las operaciones concretas (6 a 11 años):** Existe la capacidad para resolver lógicamente problemas con objetos concretos. Entiende el concepto tiempo. Es capaz de expresar sus emociones, fantasías y temores a través del dibujo, el juego y las asociaciones libres (Llach, 1997). A los 9 años entienden que el dolor puede estar generado por una enfermedad, el mal funcionamiento de un órgano o la presencia de ciertos gérmenes. A partir de los 7 a los 10 años definen el dolor como sensación (Quiles y cols., 2004). Entienden el concepto de orden numérico, y se pueden utilizar por tanto, métodos subjetivos, conductuales y fisiológicos.

**12-13 años:** Puede entender la enfermedad como producto de una

disfunción de su propio organismo. Hay autores que recomiendan en los adolescentes el uso de los mismos métodos de valoración que en los adultos (Martín-Sanabria y Martín-Sanabria, 1997).

Además del desarrollo cognitivo, existen otras variables que influyen en la percepción del dolor. En situaciones muy aversivas que causan dolor agudo es difícil discriminar la ansiedad y el miedo que provoca un determinado procedimiento médico (Quiles y cols., 2003).

### **Métodos para medir el dolor en niños**

**Métodos fisiológicos:** Valoran parámetros que se suponen se modifican en situaciones de dolor: frecuencia cardíaca, sudor palmar, respiración, tensión arterial, secreción de hormonas, hiperglucemia, y aumento de opiáceos endógenos plasmáticos y cambios en el tono vagal. Debe tenerse en cuenta que ciertas situaciones patológicas pueden traducir alteraciones independientes del dolor, también pueden alterarse en situaciones de malestar, como hambre, sed o ansiedad en el niño (Martín-Sanabria y Martín-Sanabria, 1997; Quiles y cols., 2003; Gorina y cols., 2007)

**Métodos subjetivos:** Permiten un doble fin: a) obtener la máxima información sobre las distintas dimensiones de la percepción del dolor y b) valorar las cogniciones y reacciones emocionales ante la experiencia dolorosa (Martín-Sana-

bria y Martín-Sanabria, 1997; Quiles y cols., 2003). Se pueden clasificar en métodos indirectos y en métodos directos.

Métodos indirectos: se infieren las características del dolor estudiando sus respuestas no verbales respecto a preguntas o actividades que se le solicitan referidas al dolor. Uno de los más comunes es la interpretación de los dibujos del niño. Entre ello se encuentran: a) la selección de colores, b) la interpretación de dibujos y c) los procedimientos gráficos.

Métodos directos: se obtiene información objetiva y completa sobre la experiencia subjetiva del niño respecto a intensidad, sensibilidad, afectividad, cualidad y localización del dolor Véase en la tabla 3 los principales instrumentos de auto-informe utilizados en la evaluación infantil.

**Métodos conductuales:** Estudian el comportamiento del niño en situaciones de dolor. Se precisan evaluadores entrenados que observan al niño en una situación concreta, durante un periodo de tiempo

**Tabla 3. Cuestionarios y escalas para la evaluación del dolor en niños**

<p><b>Escalas de dolor faciales y verbales para niños</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Escala afectiva de caras (<i>Facial Affective Scale</i>, FAS; McGrath, 1990; McGrath y cols., 2000; McGrath y Hillier, 2001; McGrath, deVeber y Hearn, 1985). Es un conjunto de 8 caras, que varían en expresión emocional. Edad: 5 o más.</li> <li>- OUCHER (Beyer, 1984; Beyer y cols, 1992). Fotografías de niños en 6 niveles de malestar. Edad: 4 años o más.</li> <li>- Escala de tasación de caras de Dolor (<i>Faces Pain Rating Scale</i>, Wong y Baker, 1988). Una escala compuesta de 6 caras que varían en la expresión emocional. Edad: 3-18 años.</li> </ul>
<p><b>Escalas de dolor analógicas para niños</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Escala Visual- analógica (VAS, Abu-Saad, 1984). Una escala vertical de de 100 -150 cm, con dos extremos que señalan: "no dolor" y "el dolor más fuerte". Edad: 5 años o más</li> <li>- Instrumentos de Fichas de Poker (<i>Poker Chip Tool</i>, Hester y cols, 1990). Cuatro fichas rojas o 4 rojas y una Blanca (no dolor) las fichas representan los distintos niveles de dolor. Edad: 4-13 años</li> <li>- Escalas de juegos de color de Eland (<i>Colour Scales</i>, McCaffery y Beebe, 1989) El niño elige bolígrafos o lápices y colorea el diseño del cuerpo de un niño. Edad: 4-7 años.</li> </ul>
<p><b>Cuestionarios de evaluación del dolor para adolescentes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Instrumento del Dolor Pediátrico para el adolescente (<i>Adolescent Pediatric Pain Tool</i>, APPT), Savedra y cols., 1990, 1993). Edad: 8-17 años.</li> <li>- Cuestionario de dolor pediátrico de Varni-Thompson (<i>Pediatric Pain Questionnaire</i>, PPQ, Varni y cols., 1987). Edad: 4-19 años</li> <li>- Instrumento de Evaluación del Dolor Pediátrico de Abu-Saad (<i>Abu-Saad Paediatric Pain Assessment Tool</i> (Abu-Saad y cols., 1990, 1994). Edad: 4-19 años.</li> </ul>

prefijado y registran unas conductas definidas. Los parámetros conductuales más utilizados en neonatos son (Lopes, Branco, y Farré, 1994; Tommasi, Elorza, 1998; Martín-Sanabria y Martín-Sanabria, 1997; Quiles y cols., 2003, Gorina y cols., 2007): Llanto (agudo, disfónico y prolongado, como hipo o estornudos en el neonato, gruñidos, gemidos contención de la respiración), Distorsión facial (apertura de boca, boca angular, lengua en tensión, fruncimiento de labio y surco nasogeniano, cerrar fuertemente los ojos o desmesuradamente abiertos, cejas bajas y fruncidas, frente prominente con arrugas verticales,) postura y movimientos corporales (movimientos incontrolados, intensos o de extrema quietud, extensión de las manos en los neonatos, puños apretados, postura rígida, protección de una parte del cuerpo, movimientos laterales de cabeza, arquearse o volverse hacia atrás, dar patadas, mover los brazos, entrecruzar los dedos, agarrarse a sus padres), Actitud (tolera mal la estimulación y se despierta con mayor facilidad, duerme menos tiempo, con mayor duración del periodo no REM, irritabilidad, pérdida de apetito, disminución de la actividad normal del niño, ansiedad, depresión, náuseas y vómitos, disminución del apetito, aumento de los periodos de descanso, baja tolerancia a la frustración, comportamiento agresivo como golpear). Aumento o disminución de las interacciones sociales.

Estos métodos son los más indicados en la edad preverbal, aunque

son útiles a cualquier edad. Se debe tener presente que con este método se recogen, no solo respuestas al dolor, sino también ansiedad, estado de ánimo e incluso contingencias ambientales presentes y puede haber un sesgo (frío, hambre, pañal húmedo, globo vesical...)

En la tabla 4 se exponen algunas de las escalas de observación conductual:

Otros procedimientos para valorar el dolor pediátrico es mediante valoraciones globales (conclusión del observador sobre un aspecto de la conducta del niño mediante escalas visuales analógicas, numéricas-existe gran variabilidad interjueces) y a través de medidas indirectas (como el tiempo empleado en jugar, número de veces que el niño se levanta, solicitud de medicación, etc.)

Dado que los neonatos constituyen un grupo especial dentro de la evaluación en el niño se han identificado hasta 35 escalas específicas. Muchas de ellas se han utilizado únicamente en investigación. Véase en la tabla 5 las más utilizadas.

## **DOLOR EN GERIATRIA**

Con el avance de la edad se incrementa la probabilidad de que aparezcan problemas crónicos de salud. De forma específica los estudios sobre prevalencia de dolor indican un aumento persistente y recurrente en adultos mayores. La prevalencia del dolor es doble entre las

**Tabla 4. Escalas de observación conductual pediátrica**

Escala de Observación del Malestar Conductual. ( <i>Observational Scale of Behavioral Distress</i> , OSBD), Jay, y cols. 1983).	11 conductas definidas operativamente que indican dolor y ansiedad, valoradas de 0 a 4. Adecuada fiabilidad interjueces, validez concurrente, validez predictiva y validez de constructor. Edad: 6-10 años.
Escala de Dolor del Hospital Infantil de Ontario-Este ( <i>The Children'S Hospital of Eastern Ontario Pain Scale</i> , CHEOPS, McGrath y cols., 1985)	Conductas observadas durante la primera hora tras la intervención quirúrgica. 6 categorías de comportamiento. Alta fiabilidad interjueces 90- 99,5%) y una adecuada validez. Sensible a los cambios producidos tras la administración de analgésicos. Edad: 1- 7 años.
Escala de Evaluación del comportamiento en los procedimientos. ( <i>The Procedural Behavior Rating Scale-Revised</i> , PBRS-R, Katz y cols., 1980).	Diferentes fases de los procedimientos médicos aversivos (especialmente aspiración de médula ósea y punciones lumbares). Adecuada fiabilidad interjueces, validez concurrente y de constructo. Limitaciones: (a) no refleja la frecuencia del comportamiento, solo se puntúa su aparición, (b) no registra el comportamiento de las demás personas presentes. Edad: 6-10 años.
Listado de Conductas en el Procedimiento ( <i>The Procedure Behavior Checklist</i> , PCBL, LeBaron y Zeltzer, 1984)	Los ítems son semejantes a los de la PBRS-R. Un observador puntúa en una escala de 1-5. Consta de 8 ítems, y 2 factores (reacciones motoras y verbales). Adecuada fiabilidad interjueces, validez concurrente y de constructo. Edad: 6-18 años
Medida de Dolor Post-Quirúrgico para Padres ( <i>The Postoperative Pain Measure for Parents</i> , Chambers y cols., 1996)	Los padres completan la escala de 1-3 veces durante los dos días siguientes en la operación. 29 preguntas que los padres contestan como si o no. Excelente sensibilidad y especificidad en los dos días después de la cirugía. Una puntuación de corte 6 sobre 10, para detectar a los niños que padecen dolor y es clínicamente significativo. Edad:7-12 años.
Escala FLACC ( <i>FLACC Scale, Facial expression, Leg movement, Activity, Cry, Consolability</i> , Merkel y cols., 1997)	Se valora la Expresión facial, Movimiento piernas, Actividad, llanto, Consolabilidad. Edad: 2 meses - 7 años.

personas de mayores de 60 años (Herr y Garand, 2001), oscila entre el 50% y el 86% entre las personas ingresadas en residencias asistidas o en centros sociosanitarios (Epps, 2001; Weiner, y cols., 1999; Herr y cols., 2004). En el estudio de Castel y cols., (2007) con población española se encontró que el 73,5% de los participantes informaban sufrir algún tipo de dolor, el 94,2% experimentaban dolor crónico. Tal y como cita Baeza y cols. (2007), se calcula que el 80% de las personas ancianas presenta alguna enfermedad crónica o neurodegenerativa que

curso con dolor, pero a pesar de estos datos, en la población de edad avanzada la frecuencia del dolor crónico es infravalorada.

Se debe tener en cuenta las características del anciano frágil –más de 80 años, patología asociada, polifarmacia, cambio de domicilio frecuente, deterioro cognitivo y funcional, viudedad, sin medios económicos (Sancho y cols., 2006)–, y lo que se denomina los “Quintetos Geriátricos” o de la Muerte del Anciano (Sancho y cols., 2006), por su interacción con el dolor: Percep-

**Tabla 5. Instrumentos de evaluación del dolor en neonatos, recién nacidos, niños preverbales y no verbales**

- Escala de Dolor del Hospital Infantil de Ontario-Este (*The Children 'S Hospital Of Eastern Ontario Pain Scale*, CHEOPS, McGrath y cols., 1985). Validada en niños de 1 a 5 años en dolor quirúrgico y cuidados post-anestesia.
- CHIPPS: (*The Children's and Infants' Postoperative Pain Scale*, Buttner y Finke, 2000). Validada en niños recién nacidos hasta 5 año de edad, en dolor quirúrgico y procedimental.
- COMFORT: Escala de Conducta de Confort (*Comfort Behavior Scale*, van Dijk y cols., 2000, 2005). Validada de neonatos a 3 años, en cuidados intensivos y dolor quirúrgico.
- CRIES: *Crying, Requires Oxygen Saturation, Increased Vital Signs, Expression, Sleeplessness* (Krechel y Bildner, 1995). Validada en neonatos, situaciones de cuidados intensivos, dolor quirúrgico y procedimental.
- DSVNI: Escala de malestar para Niños con Ventilación Mecánica (*Distress Scale for Ventilated Newborn Infants*, Sparshott 1996), Valididad en recién nacidos con ventilación mecánica, cuidados intensivos y dolor procedimental.
- DEGR: Escala de Dolor en Niños Gustave Roussy (*Douleur Enfant Gustave Roussy*, Gauvin- Piguard, 1999), validada en niños de 2 a 6 años, en dolor agudo y cáncer.
- FLACC: Faces, Legs, Activity, Cry, Consolability Observational, Tool (Merkel y cols., 1997). Validado en niños de 2 a 7 años, en cuidados intensivos, pos-anestesia y dolor quirúrgico.
- N-PASS: Escala de Dolor (*Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale*, Hummel y Puchalski, 2003). Valididad en neonatos de 0 a 100 días
- PIPP: Perfil de Dolor en Niños Prematuros (*Premature Infant Pain Profile*, Stevens, y cols, 1996). Validado en neonatología, en cuidados intensivos y dolor procedimental.
- RIPS: Escala de Dolor en Niños de (*Riley Infant Pain Scale*, Schade y cols, 1996) (validada en recién nacidos a 3 años de edad, en dolor quirúrgico y dolor agudo)
- UWCH (University of Wisconsin Children's Hospital). Escala de Dolor para Niños Preverbales y no Verbales (*Pain Scale for Preverbal and Nonverbal Children*, Soetenga y cols, 1999). Validada en niños de menos de 3 años sometidos a cirugía, cuidados agudos y dolor procedimental.

ción disminuida ↔ Movilidad reducida ↔ Homeostasis alterada ↔ Incontinencia ↔ Enfermedad iatrogénica o Fragilidad ↔ Incapacidad ↔ Cronicidad ↔ Depresión ↔ Dependencia. A menudo resulta difícil obtener del anciano una historia clínica detallada por sus problemas de comprensión, de visión o de audición y porque frecuentemente tienden a restar importancia a los síntomas que les afectan directamente, por lo que es importante para el entrevista-

tador creer en la veracidad de los mínimos dolores que el paciente señale y tener la paciencia para descubrirlos.

De entre los métodos que más se utilizan para evaluar la intensidad de dolor en personas mayores se encuentran las escalas categoriales y las escalas numéricas. En el caso de que los pacientes presenten deterioro cognitivo y dificultades de comunicación, valorar el dolor pre-

senta muchas dificultades, y a menudo impide, una valoración correcta del dolor (Baeza y cols., 2007). Es muy probable que la falta de capacidad verbal para manifestar su dolor pueda llevar a un tratamiento insuficiente, se ha descrito como los pacientes ancianos con

y así ser tratadas erróneamente, es por ello que, la ausencia de estos indicadores no verbales no significa necesariamente que el dolor no esté presente. En la tabla 6 se exponen los instrumentos de evaluación del dolor en ancianos con deterioros cognitivos.

**Tabla 6. Instrumentos de evaluación del dolor en personas con demencia**

- EDAD: Evaluación del Dolor en Ancianos con Demencia (Baeza, 2006)
- ADD: *The Assessment of Discomfort in Dementia Protocol* (Kovach y cols. 1999; 2001; 2002)
- Doloplus 2: *The Doloplus 2* (Lefebvre-Chapiro, 2001)
- NOPPAIN: *Nursing Assistant-Administered Instrument to Assess Pain in Demented Individuals* (Snow y cols., 2003).
- PACSLAC: *The Pain Assessment Scale for Seniors with Severe Dementia* (Fuchs-Lacelle y cols., 2004).
- PAINAD: *The Pain Assessment in Advanced Dementia Scale* (Warden y cols., 2003).

alteraciones cognitivas reciben menos analgésicos que los que pueden comunicar su dolor (Horgas y Tsai, 1998). Es por ello que no puede ser valorado con los mismos instrumentos que los empleados con pacientes que pueden comunicar su dolor. Los expertos informan que es recomendable valorar el dolor en ancianos con déficit cognitivo mediante la observación de los cambios de conducta, especialmente durante las maniobras o cuidados que realizan de forma cotidiana. Las conductas no verbales pueden aportar información sobre el dolor son: lloros, gritos o quejidos, gestos faciales o posturas y movimientos de defensa; los cambios de conducta pueden llegar a confundirse con otras manifestaciones típicas de los procesos neurodegenerativos

## CONCLUSIÓN

La evolución psicológica dentro de equipos inter/multidisciplinares es necesaria para el adecuado abordaje del dolor crónico y agudo. Esta evaluación debe ser específica del tipo de patología y las características personales y sociales del paciente, así como integrar todas las dimensiones del dolor y ser continua a lo largo del tiempo. Requiere de la aplicación de los procedimientos de entrevista, auto-registro, observación y pruebas psicofisiológicas. En la actualidad se disponen de instrumentos validos y fiables para la evaluación del dolor, pero es necesario mejorar su propiedades psicométricos, en especial los relativos a los aspectos cualitativos, cognitivos y emocionales.

## REFERENCIAS

- Abu-Saad, H. H. (1984a). Assessing children's responses to pain. *Pain*, 19, 163-171.
- Abu-Saad, H. H., Kroonen, E., y Halfens, R. (1990). On the development of a multidimensional Dutch pain assessment tool for children. *Pain*, 43, 249-256.
- Abu-Saad, H. H., Pool, H., y Tulkens, B. (1994). Further validity testing of the Abu-Saad Paediatric Pain Assessment Tool. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 1063-1071.
- Ambuel, B., Hamlett, K. W., Marx, C. M., y Blumer, J. L. (1992). Assessing distress in pediatric intensive care environments: The COMFORT scale. *Journal of Pediatric Psychology*, 17, 95-109.
- Aguilar García-Iturrospe, E. J., Hidalgo, M. D., Cano, R., López J.C., Campillo, M. y Hernández, M. (1995). Estudio prospectivo de la desesperanza en pacientes psicóticos: características psicométricas de la Escala de Desesperanza de Beck. *Anales de Psiquiatría*, 11 (4), 121-125.
- Alonso, J., Prieto, L., y Antó, J.M. (1995) La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados. *Medicina Clínica*, 104 (20), 771-766.
- Andreassi, J. (2006) *Psychophysiology; Human behaviour and psychophysiological responses*. 4ª ed. Hilldale, New Jersey: Lawrence Erlbaum
- Arnow, B.A., Hunkeler, E.M., Blasey, C.M., Lee, J., Constantino, M.J., Fireman, B. Kraemer, H.C., Dea, N., Robinson, R. y Hayward, C. (2006). Comorbid depression, chronic pain, and disability in primary care. *Psychosomatic Medicine*, 68, 262-268.
- Badia, X., Cleeland, C.S., Muriel, C., Gracia, A., Perulero, N., Carulla, J., Manuel Núñez Olarte, J. y Gálvez, R. (2003). Validación española del cuestionario Brief Pain Inventory en pacientes con dolor de causa neoplásica. *Medicina Clínica*; 120 (2), 52-59
- Baeza, R. (2006). *Desarrollo de un instrumento para la valoración del dolor en personas con trastorno cognitivo grave: la escala de evaluación del dolor en ancianos con demencia (EDAD)*. Barcelona: Tesis Doctoral. Doctorado en Psiquiatría y Psicología Médica. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Baeza, R., Torrubia, R. y Baños, J.E. (2007). La valoración del dolor en pacientes con déficit cognitivo grave que impide la comunicación. *Dolor*, 22, 85-92.
- Beck, A.T., Kovacs, M., Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 343-352.
- Beck, A. T. (1988). An Inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56( 6), 893-897
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D. y Trexler, L. J. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scales. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42 (6), 861-865.
- Bergh, I., Sjostrom, B., Oden, A. y Steen, B. (2000). An application of pain rating scales in geriatric patients. *Aging*, 12, 380-387.
- Beyer, J. E. (1984). *The Oucher: A user's manual and technical report*. Evanston, IL: Judson.
- Beyer, J. E., Denyes, M. J., y Villarruel, A.

M. (1992). The creation, validation and continuing development of the Oucher: A measure of pain intensity in children. *Journal of Pediatric Nursing*, 7, 335-346.

Bradle, L.A. y McKendree-Smith, N.L. (2001). Assessment of psychological status using interviews and self-report instruments. In: D.C. Turk y R. Melzack (Eds). *Handbook of Pain Assessment* (pp 292-319), 2nd ed. New York: Guilford Press.

Brown, G. y Nicasio, P. (1987). Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 31(1), 53-64.

Buttner, W., y Finke, W. (2000). Analysis of behavioural and physiological parameters for the assessment of postoperative analgesic demand in newborns, infants and young children: A comprehensive report on seven consecutive studies. *Paediatric Anaesthesia*, 10 (3), 303-318

Cacioppo, J.T., Tassinary, L.G. y Bernston, G.G. (2007). *The Handbook of psychophysiology*. 3 ed. Cambridge: Cambridge University Press.

Castel, A., Miró, J. y Rull, M. (2007). La escala de dolor BS-21: datos preliminares sobre su fiabilidad y validez para evaluar la intensidad del dolor en geriatría. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 4, 274-283.

Chambers, C.T., Reid, G.J., McGrath, P.J. y Finley, G.A. (1996). Developmental and preliminary validation of postoperative pain measure for parent. *Pain*, 68, 307-13.

Cleeland, C.S. y Ryan, K.M. (1994) Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. *Annals Academy of Medicine Singapore*, 23 (2), 129-138

Craig, K.D., Prkachin, KM, y Grunau, R.E. (2001). The facial expression of pain. In D.C. Turk and R. Melzack (Eds). *Handbook of*

*Pain Assessment*, 2nd ed (pp 153-169). New York: Guilford Press.

Llach, M.D. (1997). Aspectos psicológicos del dolor infantil. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, Supl.1, 18-23.

Dworkin, R.H., Turk, D.C., Farrar, J.T., Haythornthwaite, J.A., Jensen, M.P., Katz, N.P., Kerns, R.D., Stucki, G., Allen, R.R., Bellamy, N., Carr, D.B., Chandler, J., Cowan, P., Dionne, R., Galer, B.S., Hertz, S., Jadad, A.R., Kramer, L.D., Manning, D.C., Martin, S., McCormick, C.G., McDermott, M.P., McGrath, P., Quessy, S., Rappaport, B.A., Robbins, W., Robinson, J.P., Rothman, M., Royal, M.A., Simon, L., Stauffer, J.W., Stein, W., Tollett, J., Wernicke, J., y Witter, J. (2005). Core outcome measures for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain*, 113, 9-19

Epps C.D., (2001). Recognizing pain in the institutionalised elder with dementia. *Geriatric Nursing*, 22, 71-79.

Esteve, R., López, A.E. y Ramírez, C. (1999). Evaluación de estrategias de afrontamiento al dolor crónico. *Revista de Psicología de la Salud*, 11, 77-102

Ferrando, L., Franco-A. L., Soto, M., Bobes, J., Soto, O., Franco, L. y Gubert, J. (1998). *M.I.N.I. Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en español 5.0.0. DSM-IV*. Madrid: Instituto IAP, 1998.

Fischer, D., Stewart, A. L., Blich, D. A., Lorig, K., Laurent, D. y Holman, H. (1999). Capturing the patient's view of change as a clinical outcome measure. *Journal of the American Medical Association*, 282, 1157-1162.

Flor, H. (2002) Psychophysiological Assessment of the Patient with Chronic Pain. In D.C. Turk and R. Melzack (Eds). *Handbook of Pain Assessment*, 2nd ed (pp 76-96). New York: Guilford Press.

Funchs-Lacelle, S. y Hadjistavropoulos, T. (2004). Development and preliminary validation of the pain assessment checklist for senior with limited ability to communicate (PACSLAC). *Pain Management Nursing*, 5, 37-49.

Gallagher, R. M. y Verma, S. (2004). Mood and anxiety disorders in chronic pain. In R.H., Dworkin, y W.S., Breitbart (Eds.), *Psychosocial aspects of pain: A handbook for health care providers* (pp. 589-606). Seattle, WA: IASP Press.

Gauvin-Piquard, A., Rodary, C., Rezvani, A., y Serbouti, S. (1999). The Development of the DEGR: a scale to assess pain in young children in young children with cancer. *European Journal of Pain*, 3, 165-176

Gendreau, M., Hufford, M. R. y Stone, A. (2003). Measuring clinical pain in chronic widespread pain: Selected methodological issues. *Best Practice and Research Clinical Rheumatology*, 17, 575-592.

Gorina, N. Muñiz, F y Castells, L. (2007). La evaluación del dolor en neonatos: un instrumento imprescindible en el cuidado de los recién nacidos. *Dolor*, 22, 78-84.

Hadjistavropoulos, T., Craig, K.D. (2002). A theoretical framework for understanding self-report and observational measures of pain: a communications model. *Behavior Research and Therapy*; 40, 551-570

Herr, K., Coyne, P.J., Key, T., Manworren, R., McCaffery, M., Merkel, S, Pelosi-Kelly, J. y Wild, L. (2006) Pain assessment in the non-verbal patient: Position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing*, 7 (2), 44-52.

Herr, K.A y Garand, L. (2001). Assessment of pain in older adults. *Clinical Geriatric Medicine*, 17, 457-478.

Herr, K.A., Spratt, K.y Mobily, P.R. (2004).

Pain intensity assessment in older adult. Use of experimental pain to compare psychometric properties and usability of selected pain scales with younger adults. *Clinical Journal of Pain*, 20, 207-219.

Hester, N. K., Foster, R., y Kristensen, K. (1990). Measurement of pain in children: Generalizability and validity of the Pain Ladder and the Poker Chip Tool. In D. C. Tyler and E. J. Krane (Eds.). *Pediatric pain. Advances in pain research and therapy* (Vol. 15, pp. 79- 84). New York: Raven Press.

Horgas, A.L., Tsai, P. (1998). Analgesic drug prescription and use in cognitively impaired nursing home residents. *Nursing Research*, 47, 35-42.

Hummell, P y M. Puchalski (2003) *Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale (N-PASS)*. Obtenido el 10 de octubre de 2008, en <http://www.n-pass.com/>

Jay, S. M., Ozolins, M., Elliott, C. H., y Caldwell, S. (1983). Assessment of children's distress during painful medical procedures. *Health Psychology*, 2, 133-147.

Jensen, M. P. y Karoly, P. (2001). Self-report scales and procedures for assessing pain in adults. En D.C. Turk y R. Melzack (Eds.), *Handbook of pain assessment*. 2nd ed. (pp. 15-34). New York: Guilford Press.

Jensen, M. P., Chen, C. y Brugger, A. M. (2002). Postsurgical pain outcome assessment. *Pain*, 99, 101-109.

Katz, E.R., Kellerman, J. y Siegel, S.E. (1980). Behavioral Distress in children with cancer undergoing medical procedures: developmental considerations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 356-65.

Keefe, F.J. y Williams, D.A. (2001). Assessment of pain behaviors. In D.C. Turk and R. Melzack (Eds). *Handbook of Pain*

Assessment, 2nd ed (pp 257–274). New York: Guilford Press..

Kerns, R. D., Haythornthwaite, J., Rosenberg, R., Southwich, S., Giller E. L. y Jacob, M. C. (1991). The Pain Behavior Checklist (PBCL)-Factor structure and psychometric properties. *Journal of Behavioral Medicine*, 14, 155–169.

Kerns, R.D., Turk, D.C. y Rudy, T.E. (1985). The West Haven Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). *Pain*, 23, 345–356.

Kovach, C. R., Noonan, P. E., Griffie, J., Muchka, S., y Weissman, D. E. (2001). Use of the assessment of discomfort in dementia protocol. *Applied Nursing Research* 14(4), 193-200.

Kovach, C. R., Noonan, P. E., Griffie, J., Muchka, S., & Weissman, D. E. (2002). The assessment of discomfort in dementia protocol. *Pain Management Nursing*, 3(1), 16- 27.

Kovach, C. R., Weissman, D. E., Griffie, J., Matson, S., y Muchka, S. (1999). Assessment and treatment of discomfort for people with late-stage dementia. *Journal of Pain & Symptom Management*, 18(6), 412-419.

Krechel, S. W., y Bildner, J. (1995). CRIES: a new neonatal postoperative pain measurement score. Initial testing of validity and reliability. *Paediatric Anaesthesiology*, 5 (1), 53-61

Lázaro, C., Bosch, F., Torrubia, R., y Baños (1994). The development of a Spanish Questionnaire for assessing pain: preliminary data concerning reliability and validity. *European Journal of Psychological Assessment*, 10, 141-151.

LeBaron, S. y Zeltzer, L. (1984). Assessment of acute pain and anxiety in children and adolescents by self-reports, observer reports, and a behavior checklist. *Journal of*

*Consulting and Clinical Psychology*, 52, 729-738.

Lefebvre-Chapiro, S. (2001). The Doloplus 2 scale—evaluating pain in the elderly. *European Journal of Palliative Care*, 8(5), 191-194.

Lopes, A.P., Branco, C. y Farré, R. (1994). Dolor en pediatría: fisiopatología y valoración. *Farmacia Clínica*, 11: 742-756.

Martín-Sanabria, R. y Martín-Sanabria, M.L. (1997). Valoración del dolor agudo en niños. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, Supl.1, 24-33.

McCaffery M, y Beebe A (1989). Pain: clinical manual for nursing practice. St. Louis: CV Mosby Co

McGrath, P.J., Johnson, G., Goodman, J.T., Schillinger, J., Duna, J. y Chapman, J.A. (1985). CHEOPS: a behavioral scale for rating postoperative pain in children. *Advances in Pain Research and Therapy*, 9, 395-402

McGrath, P. A. (1990). *Pain in children: Nature, assessment, and treatment*. New York: Guilford Press.

McGrath, P. A., deVeber, L. L., y Hearn, M. T. (1985). Multidimensional pain assessment in children. In H. L. Fields, R. Dubner, y F. Cervero (Eds.), *Advances in pain research and therapy* (Vol. 9, pp. 387– 393). New York: Raven Press.

McGrath, P. A., & Hillier, L. M. (Eds.). (2001). *The child with headache: Diagnosis and treatment*. Seattle, WA: IASP Press

McGrath, P. A., Speechley, K. N., Seifert, C. E., Biehn, J. T., Cairney, A. E. L., Gorodzinsky, F. P., Dickie, G. L., McCusker, P. J., y Morrisy, J. R. (2000). A survey of children's acute, recurrent, and chronic pain: Validation of the Pain Experience Interview. *Pain*, 87, 59–73.

Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain*, 1, 277-299.

Melzack, R. (1987). The Short-Form McGill Pain Questionnaire. *Pain*, 30, 191-197

Merkel, S., Voepel-Lewis, T, Shayevitz, J., y Malviya, S. (1997). The FLACC: a behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. *Pediatric Nursing*, 23(3), 293-297.

Ohayon, M.M. y Schatzberg, A.F. (2003). Using chronic pain to predict depressive morbidity in the general population. *Archives of General Psychiatry*, 60, 39-47.

Owen, J. E., Klapow, J. C., y Asebeer, L. (2000). Evaluating the relationship between pain presentation and health-related quality of life in outpatients with metastatic or recurrent neoplastic disease. *Quality of Life Research*, 9, 855-863.

Palangio, M., Northfelt, D. W., Portenoy, R. K., Brookoff, D., Doyle, R. T. Jr., Dornseif, B. E. y Damask, M. C. (2002). Dose conversion and titration with a novel, once-daily, OROS osmotic technology, extended-release hydromorphone formulation in the treatment of chronic malignant or nonmalignant pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 23, 355-368.

Quiles, M.J., Van der Hofstadt, C.J. y Quiles, Y. (2003). Instrumentos de evaluación del dolor en pacientes pediátricos: una revisión (1ª parte). *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 10, 94-105.

Quiles, M.J., Van der Hofstadt, C.J. y Quiles, Y. (2004). Instrumentos de evaluación del dolor en pacientes pediátricos: una revisión (2ª parte). *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11, 360-369.

Ramírez-Maestre, C. y Valdivia, Y. (2003) Evaluación del funcionamiento diario en

pacientes con dolor crónico. *Psicología Conductual*, 11, 283-291

Richards, J. S., Nepomuceno, C., Riles, M. y Suer, Z. (1982). Assessing pain behavior: The UAB Pain Behavior Scale. *Pain*, 14, 393-398.

Rosenstiel, A.K., y Keefe, F.J. (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 17, 33-44.

Sancho, J.F., López, G., Sancho, A., Ávila, C., Grande, M.L., Cavallo, L., Fernández, A, Méndez, M., Quiben, R., Pérez-Manga, G. y Cruzado, J.A (2006). Tratamiento del dolor oncológico. *Psicooncología*, 3 (1), 121-138.

Savedra, M., Tesler, M., Ward, J., Wegner, C., y Gibbons, P. (1981). Description of the pain experience: A study of school-age children. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 5, 373-380.

Sanz, J. y Navarro, M.E. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del inventario de ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 9 (1), 59-84

Schade, J. G., Joyce, B.A., Gerkensmeyer, J., y Keck, J. F. (1996). Comparison of three verbal scales for postoperative pain assessment in a diverse pediatric sample. *Journal of Pain & Symptom Management*, 12 (6), 670-676.

Serrano-Atero, M.S. , Caballero, J., Cañas, A., García-Saura, P.L., Serrano-Álvarez, C. y Prieto, J. (2002) Valoración del dolor (II) *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 9, 109-121

Snow, A.L., Weber, J.B., y O'Malley, K.J. (2004). NOPPAIN: a nursing assistant administered pain assessment instrument for

use in dementia. *Dementia Geriatric and Cognitive Disorders*, 17, 240-246.

Soetenga, D., Frank, J., y Pellino, T. A. (1999). Assessment of the validity and reliability of the University of Wisconsin Children's Hospital pain scale for preverbal and nonverbal children. *Pediatric Nursing*, 25(6), 670-676.

Soriano, J. y Monsalve, V. (1999). Valoración, Afrontamiento y Emoción en pacientes con dolor crónico. *Boletín de Psicología*, 62, 43-64

Soriano, J. y Monsalve, V. (2002). CAD: cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 9, 13-22.

Soriano, J. y Monsalve, V. (2004) Validación del cuestionario de afrontamiento al dolor crónico reducido (CAD-R). *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11 (7), 27-34.

Sparshott, M. (1996). The development of a clinical distress scale for ventilated newborn infants: Identification of pain and distress based on validated scores. *Journal of Neonatal Nursing*, 2, 5-11.

Stevens, B., Johnston, C., Petryshen, R., y Taddio, A. (1996). Premature Infant Pain Profile: development and initial validation. *Clinical Journal of Pain*, 12, 13-22.

Tommasi, M. y Elorza, J.F. (1998). El control del dolor postoperatorio en edad neonatal y pediátrica. *Acta Pediátrica Española*, 56, 275-281.

Turk, D.C. y Burwinkle, T.M. (2005) Assessment of chronic pain in rehabilitation: outcomes measures in clinical trials and clinical practice. *Rehabilitation Psychology*, 50 (1), 56-64.

van Dijk, M., Boer, J. B., Koot, H. M., Tibboel, D., Passchier, J., y Duivenvoorden, H. J. (2000). The reliability and validity of the COMFORT scale as a postoperative pain instrument in 0 to 3-year-old infants. *Pain*, 84, 367-377.

van Dijk, M., Peters, W. B., van Deventer, P., y Tibboel, D. (2005). The COMFORT behavior scale. *American Journal of Nursing*, 105 (1), 33-35, 37.

Varni, J. W., Thompson, K. L., & Hanson, V. (1987). The Varni-Thompson Pediatric Pain Questionnaire: I. Chronic musculoskeletal pain in juvenile rheumatoid arthritis. *Pain*, 28, 27-38.

Vázquez, C. y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*, 8, 403-422

Warden, V., Hurley, A.C. y Volicer, L. (2003). Development and psychometric evaluation of the pain assessment in advanced dementia (PAINAD) scale. *Journal of The American Medical Directors Association*, 4, 9-15.

Ware, J.E., y Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473-483

Weiner, D., Peterson, B. y Landd, K. (1999). Pain in nursing home residents: an exploration of prevalence, staff perspectives and practical aspects of measurement. *Clinical Journal of Pain*, 15, 92-101.

Wong, D. L, y Baker, C. M. (1988). Pain in children: Comparison of assessment scales. *Pediatric Nursing*, 14, 9-17.