

El dolor desde la perspectiva del ciclo de vida: evaluación y medición a través de métodos psicofísicos de estimación de categoría y de magnitud¹

Fátima Aparecida Emm Faleiros Sousa²
Talita de Cássia Raminelli da Silva³
Hilze Benigno de Oliveira Moura Siqueira⁴
Simone Saltareli⁵
Rodrigo Ramon Falconi Gomez⁶
Priscilla Hortense⁷

Objetivo: la descripción del dolor agudo y crónico desde las perspectiva del ciclo de vida. **Métodos:** participaron 861 personas con dolor. Se utilizó la Escala Multidimensional de Evaluación del Dolor (EMEDOR). **Resultados:** en el método de estimación de categoría el descriptor de dolor crónico más alto para niños y adolescentes fue de Molesto y para adultos fue Incómodo. Los descriptores mayores de dolor agudo para niños y adolescentes fueron Complejo y para adultos Insoportable. En el método de estimación de magnitud, el mayor descriptor de dolor crónico fueron Atormentador y el mayor de dolor agudo fue Terrible. **Conclusiones:** la EMEDOR es una escala confiable y puede ser utilizada en diferentes etapas de desarrollo.

Descriptores: Dolor; Dimensión del Dolor; Estagios del Ciclo de Vida.

¹ Apoyo financiero de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, Fapesp, São Paulo, SP, Brasil, proceso nº 2010/52584-8 y 2011/51378-8.

² PhD, Profesor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPAS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

³ Enfermera, Estudiante de Doctorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPAS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁴ PhD, Profesor Sustituto, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sertão Pernambucano, Campus Petrolina, Petrolina, PE, Brasil.

⁵ Psicólogo, PhD.

⁶ Estudiante de Maestría, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPAS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁷ PhD, Profesor Adjunto, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil.

Cómo citar este artículo

Faleiros Sousa FAE, Raminelli da Silva TC, Moura Siqueira HBO, Saltareli S, Falconi Gomez RR, Hortense P. Pain from the life cycle perspective: Evaluation and Measurement through psychophysical methods of category estimation and magnitude estimation. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2769. [Access]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345t.0714.2769>. mes día año

Introducción

El dolor, considerado multidimensional e inherente a la existencia humana, es parte del proceso de ciclo de vida. Para entender mejor el proceso del dolor a través del desarrollo humanos, un recurso útil es la teoría de Piaget, ya que considera el ciclo de vida como una construcción continua desde un estado de menor equilibrio a uno mayor, excluyendo la existencia de nuevos conocimientos sin que exista uno previo, que pueda absorberlo y cambiarlo, y esto implica actividades inteligentes tales como asimilación, acomodación y adaptación⁽²⁾. La teoría clásica de Piaget puede apoyar estudios sobre el dolor humano⁽³⁻⁴⁾, ya que este autor estudia el ser humano desde el nacimiento hasta el adulto, dividiendo el desarrollo cognitivo en sensorio-motora, pre-operacional, operaciones concretas y operaciones formales, y también relaciona cognición y afectividad⁽⁵⁾.

Es importante mencionar que una de las críticas contra el trabajo desarrollado por Piaget se relaciona con el hecho que él considera a los adolescentes (12 a 18 años de edad) como iguales a adultos, o sea que postula que todos los mayores de 12 años tienen pensamiento lógico formal. Algunos autores⁽⁶⁾ discuten una etapa relacionada a la adultez llamado Pensamiento Post-Formal.

Ellos describen la flexibilidad, adaptabilidad, apertura e individualismo como las características de este pensamiento. Estas características permiten a los adultos lidiar con situaciones ambiguas, tales como la contradicción, basados en el principio que las situaciones complejas requieren soluciones complejas, lo que implica un pensamiento mucho más complejo que aquél de la etapa operacional formal que es característico de la adolescencia.

En un movimiento progresivo, hay funciones constantes y estructuras variables en seis niveles o etapas sucesivas que implica mecanismos reflexivos, acción, lenguaje y pensamiento.

Entender el lenguaje/expresión del dolor en varias situaciones del proceso salud/enfermedad, se transforma en un desafío que precisa ser superado y que refiere a la forma que las personas piensan, ven y expresan el dolor causado por el evento vivido, especialmente cuando están en diferentes etapas del desarrollo humano.

La propuesta de desarrollo de Piaget considera la función intelectual como parte de la integralidad fisiológica del ser humano. Desde esta perspectiva teórica del ciclo de vida, los conceptos de maduración y experiencia interactiva, desde la presencia de algunas estructuras psicológicas, le da sentido a la información

capturada por la persona en cada adquisición de experiencia⁽⁷⁾.

Como el dolor está influido por factores culturales y situacionales y también por el cuidado, motivación, emoción y otras variables psicológicas, además de las variables externas, mucha de la información que se requiere para que un procedimiento de evaluación del dolor sea apropiada, viene de lo que las personas piensan y relatan, suplementado por la evaluación física⁽⁸⁾.

Con la evaluación adecuada, es posible examinar la naturaleza, origen y correlatos clínicos del dolor, dependiendo de características emocionales, motivacionales y cognitivas, así como los rasgos de personalidad de los pacientes⁽⁸⁾.

En base a esto se desarrolló y validó la Escala Multidimensional de Evaluación del Dolor (EMEDOR), que contiene 119 descriptores de dolor crónico y agudo en sus dimensiones: sensitiva, afectiva y cognitiva. Esta escala cumple con los criterios psicométricos de confiabilidad, objetividad y consistencia⁽⁸⁾.

El objetivo de este estudio fue describir el dolor agudo y crónico desde la perspectiva del ciclo de vida a través de los descriptores de la EMEDOR.

Métodos

Este es un estudio transversal con enfoque cuantitativo, que abarca 861 personas con dolor, entre los 5 y 93 años de edad, siendo que 100 son niños/adolescentes y 761 son adultos/ancianos. Entre esas 861 personas con dolor, 688 presentaban dolor crónico, 647 de las cuales estaban evaluadas a través del método de la estimación de categorías y 41 a través del método de estimación de magnitud. Otros 173 sujetos presentaron dolor agudo, de los cuales 125 fueron evaluados por el método de estimación de categoría y 48 por el método de estimación de magnitud.

El estudio fue realizado en centros ambulatorios y salas de hospital en hospitales y universidades localizadas en municipios de Sao Paulo, Minas Gerais y Paraná.

Recibió la aprobación del Comité de Ética de la Investigación de un Hospital Público del Estado de Sao Paulo, número 1358/2011, por resolución 196/96, relacionada con la investigación que envuelve seres humanos.

Se utilizó la EMEDOR, conteniendo 119 descriptores de dolor agudo y 119 descriptores de dolor crónico desarrollado por Faleiros Sousa y colaboradores⁽⁸⁾.

Antes de la aplicación del instrumento, un Formulario de Consentimiento Informado fue entregado, leído y firmado por los participantes. Después de este procedimiento se aplicó el instrumento. Se entregó una

descripción de la tarea al comienzo del instrumento y se esperaba que los participantes la leyesen antes de completar el mismo.

Se usaron los métodos de estimación de categoría y magnitud. En relación al método de estimación de categoría, la tarea de cada participante era evaluar su dolor en una escala de 0 a 10, donde el 0 representaba ausencia de dolor y 10 el nivel más alto, con niveles intermedios de 1 a 9. En el método de estimación de magnitud, la tarea de cada participante era evaluar cuantitativamente en cuanto un descriptor presenta puntajes altos o bajos en relación a otro descriptor y luego establecer las proporciones entre ellos.

Los métodos de estimación de magnitud y la comparación inter-modalidades, tienen su modo de respuesta basados en la longitud de la línea. Estímulos estándar y modo fueron definidos previamente. La tarea de los participantes era asignar un número que fuera proporcional a la intensidad del dolor sentido en cada evaluación y también proporcional al estímulo estándar de acuerdo con el método utilizado. Así, si los participantes pensaban que un determinado dolor tenía el doble de la intensidad del dolor inducido, ellos indicaban un número dos veces mayor que el estímulo estándar. Si ellos juzgaban que un dolor específico

tenía la mitad de la intensidad del dolor inducido, los participantes le asignaban un número que era la mitad del dolor inducido de acuerdo con el estímulo estándar.

Los datos fueron analizados en forma descriptiva y cuantitativa y presentados en tablas. Se calcularon los promedios aritmético y geométrico y los desvíos estándar.

Resultados

De acuerdo con varios investigadores⁽⁶⁾ y el Estatuto Brasileño de la Infancia y Adolescencia (ECA en portugués)⁽⁹⁾ que define la adolescencia como la fase entre doce y dieciocho años de edad, las categorías de análisis en este estudio fueron divididas en niños de 5 a 7, 8 a 11 y adolescentes de 12 a 18 años de edad, mientras que los adultos, considerados como poseedores de pensamiento post-formal, se agruparon en la clasificación entre 19 y 93 años de edad .

Los resultados relacionados con el uso del método de estimación por categoría se describen en la Tabla 1 que presenta también los descriptores de esos participantes (edades 5 – 18) con dolor, usados más y menos frecuentemente en la caracterización del dolor crónico.

Tabla 1 - Promedios aritméticos y sus desvíos estándar respectivos de caracterización de dolor crónico en relación al grupo de edad entre 5 y 18, de acuerdo con la EMEDOR. Ribeirao Preto, SP, Brasil, 2012

Grupo Etario	Descriptores (dolor crónico)		Prom*	DE†	Descriptores (dolor crónico)		Prom*	DE†
	Puntajes altos				Puntajes bajos			
05-07 años	Doloroso		7.54	2.47	Desastroso		3.31	3.61
	Asustador		7.08	3.06	Devastador		3.92	3.49
	Fuerte		6.92	3.94	Extendiéndose		4.69	3.79
	Excesivo		6.85	3.82	Dañino		4.85	3.26
	Molesto		6.77	2.42	Asustador		5.00	3.95
08-11 años	Maldito		7.40	3.58	Aplastador		3.06	3.45
	Desagradable		7.33	2.79	Persistente		3.60	2.77
	Molesto		7.20	3.18	Sofocante		3.80	3.93
	Fuerte		7.13	3.96	Deprimente		4.20	2.80
	Insoportable		6.93	3.51	Angustiante		4.53	2.85
12-18 años	Molesto		8.48	2.46	Continuo		4.87	2.75
	Desagradable		8.22	2.17	Devastador		4.91	3.65
	Incomodo		8.17	1.77	Que quema		4.96	3.66
	Inconveniente		8.13	2.30	Extendiéndose		5.04	3.84
	Nauseoso		7.96	4.42	Aplastador		5.13	2.68

*Prom= Promedio aritmético, †DE= Desvío Estándar.

Los resultados relacionados con el uso del método de estimación por categoría se describen en la Tabla 2 que presenta también los descriptores de esos

participantes (edades 19 – 93) con dolor usados más y menos frecuentemente en la caracterización del dolor crónico.

Tabla 2 - Promedios aritméticos y sus desvíos estándar de caracterización de dolor crónico en relación al grupo de edades entre 19 y 93, de acuerdo con la EMEDOR (MPES). Ribeirao Preto, SP, Brasil, 2012

Grupo Etario	Descriptores (dolor crónico)		DE [†]	Descriptores (dolor crónico)		DE [†]
	Puntajes altos	Prom*		Puntajes bajos	Prom*	
19-93 años	Incomodo	7.74	2.20	Desgraciado	3.47	3.09
	Desagradable	7.59		Demoniaco	4.69	
	Inconveniente	7.57		Brutal	3.87	
	Doloroso	7.49		Asustador	4.07	
	Fuerte	7.28		Monstruoso	5.12	

*Prom= Promedio aritmético, †DE= Desvío Estándar.

Los resultados relacionados al uso del método de estimación de categorías se describen en la Tabla 3 que también presenta los descriptores de estos

participantes (edades 5-18) con dolor, usados más y menos frecuentemente en la caracterización del dolor agudo.

Tabla 3 - Promedios aritméticos y sus desvíos estándar de caracterización de dolor agudo en relación al grupo de edades entre 5 y 18, de acuerdo con la EMEDOR. Ribeirao Preto, SP, Brasil, 2012

Grupo Etario	Descriptores (dolor agudo)		DE [†]	Descriptores (dolor agudo)		DE [†]
	Puntajes altos	Prom*		Puntajes bajos	Prom*	
05-07 años	Complicado	8.20	2.34	Asustador	2.80	2.04
	Molesto	8.00		Circular	2.90	
	Desagradable	7.80		Cortante	3.10	
	Arrasador	7.70		Alucinante	3.80	
	Desenfrenado	7.30		Deliberante	3.90	
08-11 años	Desagradable	6.94	3.47	Aplastante	1.38	2.65
	Doloroso	6.81		Frio	1.69	
	Molesto	6.63		Agonizante	2.13	
	Considerable	6.00		Como choque	2.25	
	Incomodo	5.81		Alucinante	2.38	
12-18 años	Molesto	7.57	2.88	Cortante	2.57	3.40
	Desagradable	7.13		Frio	2.70	
	Incomodo	5.96		Desesperante	2.74	
	Claro	5.91		Doloroso	3.13	
	Asaltante	5.98		Destruyivo	3.17	

*Prom= Promedio aritmético, †DE= Desvío Estándar.

Los resultados relacionados al uso del método de estimación de categorías se describen en la Tabla 4 que también presenta los descriptores de estos

participantes (edades (22-69) con dolor, usados más y menos frecuentemente en la caracterización del dolor agudo.

Tabla 4 - Promedios aritméticos y sus desvíos estándar de caracterización de dolor agudo en relación al grupo de edades entre 22 y 69, de acuerdo con la EMEDOR. Ribeirao Preto, SP, Brasil, 2012

Grupo Etario	Descriptores (dolor agudo)		Prom ¹	DE ²	Descriptores (dolor agudo)		Prom ¹	DE ²
	Puntajes altos				Puntajes bajos			
22 – 69 años	Insoportable		6.73	2.60	Enloquecedor		2.03	1.07
	Intenso		6.32	2.71	Cegador		2.94	1.29
	Agonizante		5.87	2.37	Alucinante		3.09	1.91
	Terrible		5.64	2.81	Aniquilador		3.58	2.10
	Tremendo		5.23	2.50	Atroz		3.9	2.07

*Prom= Promedio aritmético, ²DE= Desvío Estándar.

En relación al análisis de los 100 niños/adolescentes que participaron en el estudio, 51% registraron dolor crónico y 49% dolor agudo. Los datos de la Tabla 1 muestran la caracterización del dolor crónico y en la Tabla 3 la del dolor agudo de acuerdo a la EMEDOR para los grupos de edad relacionados a la infancia y adolescencia, que están subdivididos en tres etapas de desarrollo.

En relación a la población adulta en la Tabla 2, los datos muestran los descriptores con mayores y menores

puntajes de acuerdo a la EMEDOR para la caracterización del dolor crónico, y en la Tabla 4, la caracterización del dolor agudo. Se listan los promedios aritméticos (Prom) y los Desvíos Estándar (DE).

La Tabla 5 presenta veinte descriptores de dolor agudo y veinte de dolor crónico en orden de posición, con sus respectivos promedios geométricos (PG) que fueron obtenidos por el método de estimación de magnitud.

Tabla 5 - Promedios geométricos de caracterización de dolor crónico y agudo a través del Método psicofísico de Estimación de Magnitud. Ribeirao Preto, SP, Brasil, 2012

Orden de Posición	Grupo Etario	Descriptores de dolor crónico (n=41)	PG ¹	Grupo Etario	Descriptores de dolor agudo (n=48)	PG ¹
1	21 a 92 años	Atormentador	446.31	14 a 70 años	Terrible	115.56
2		Cruel	389.89		Fuerte	113.78
3		Dañino	352.27		Insoportable	111.92
4		Terrible	330.04		Intenso	110.35
5		Inconveniente	279.11		Violento	104.22
6		Desastroso	276.17		Profundo	103.70
7		Intenso	262.29		Monstruoso	100
8		Insoportable	254.93		Horrible	98.17
9		Deprimente	254.93		Agonizante	88.66
10		Preocupante	254.08		Enloquecedor	77.71
11		Doloroso	249.61		Tremendo	75.90
12		Agresivo	237.91		Brutal	75.61
13		Agotador	228.95		Inhumano	71.72
14		Angustiante	208.96		Aniquilador	70.72
15		Sufocante	208.13		De llorar	68.36
16		Incomodo	204.33		Enceguecedor	68.22
17		Nauseante	201.04		Alucinante	67.30
18		Fuerte	198.80		Fulminante	64.60
19		Perturbador	192.86		Aplastador	62.46
20		Molesto	188.22		Colosal	59.32

Fuente: Preparado por los autores ¹PG= Promedio Geométrico .

Discusión

Considerando el dolor multidimensional que conllevan los descriptores de la EMEDOR predominantemente en conjunción con el componente afectivo, el componente sensitivo, mientras otros conllevan el componente cognitivo, son estas díadas afectiva/sensitiva y afectiva/cognitiva que suceden porque el dolor es visto desde el punto de vista de las emociones⁽¹⁻⁸⁾.

El fenómeno de la existencia esta inmerso en emociones y afectos que son experimentados por la persona, por lo que la expresión como dolor está atravesada por la dimensión emocional, es concebida y vivida a través de esta perspectiva⁽¹⁰⁾.

Cuando el sujeto refiere un descriptor de dolor, no esta solamente refiriendo al contenido del dolor, pero también a todo el contenido emocional presente en su relación con el dolor y con todo el dolor contenido en las relaciones entre las personas que están involucradas en la enfermedad. En otras palabras, en la comunicación humana, todo contenido transmitido se vincula a la relación entre individuos⁽¹¹⁾.

Los resultados obtenidos en relación a la contingencia de las respuestas de los niños muestran que en diferentes grupos de edad, los detalles y elementos lógicos expresados en relación a los descriptores de dolor agudo y crónico revelan que desde la edad de cinco años, los niños ya pueden dar significado al evento doloroso en forma categórica. En el estudio, por ejemplo, los niños menores de 7 años mostraron evidencias de significados precisos y verbalizaciones del dolor, sugestivas de maduración cognitiva, demostrando así la posibilidad de desarrollo de un pensamiento sobre el dolor como resultado de sus experiencias, desde la perspectiva del desarrollo en el ciclo de vida.

Los niños con edades entre 5 y 7 años caracterizaron las dimensiones de dolor crónico principalmente relacionadas con la dimensión afectivo/sensitiva mas que la afectivo/cognitiva. Se comprende que este tipo de respuesta al dolor puede estar relacionada al hecho que los niños poseen pensamiento concreto⁽¹²⁾.

Puede considerarse que, para reconocer su dolor, los niños tienden a desarrollar un pensamiento enfocado en sentimientos de su propio cuerpo, consistente con lo que aparece en la literatura que afirma que los pensamientos de los niños son absolutos, y que es difícil cambiar la creencia sobre el dolor como una dimensión física⁽¹³⁾.

Un estudio cualitativo señala que los niños en la etapa pre-operacional de desarrollo, describen el dolor enfatizando los aspectos sensitivo y evaluativo,

lo que puede indicar la característica de esta fase en la cual los niños tienen representaciones simbólicas prematuras⁽³⁾.

En el grupo etario entre 8 y 11 años hubo predominancia de la dimensión afectivo/cognitiva del dolor. En esta etapa, el pensamiento egocéntrico de los niños se desarrolla hacia el pensamiento lógico y la reversibilidad. Las entidades lingüísticas están más extendidas y operando⁽¹²⁾.

Se verificó una transición en términos de desarrollo de los niños al distinguir lo interno de lo externo, extrapolando desde la percepción de un dolor más sensorial para otro, en el cual son capaces de usar términos cualitativos, tales como las dimensiones afectiva y cognitiva. En esta situación, las relaciones dinámicas de la familia son fundamentales para el desarrollo de los niños y sus respuestas al dolor⁽¹⁴⁾.

La percepción de dolor por los adolescentes de edades entre 12 y 18, presentaron altos puntajes en la dimensión afectivo/cognitiva y menores puntajes para los descriptores afectivo/sensitivos. La capacidad de introspección y el entendimiento del dolor demostrado por los adolescentes debe ser subrayado, en la medida que son capaces de desestimar el dolor afectivo/cognitivo asociado a sufrimiento psicológico⁽¹²⁻¹³⁾.

En el análisis por grupos etarios, los resultados en relación a las características crónicas mostraron heterogeneidad en las respuestas atribuidas al dolor. Así, los niños entre 5 y 7 años enfatizaron la dimensión afectiva/sensitiva, representando significativamente el pensamiento concreto, mientras que aquellos entre 8 a 11 años, mencionaron la calidad del dolor en la dimensión afectivo/cognitiva, representando la transición del pensamiento concreto al abstracto; y los adolescentes observaron el dolor mediado por su naturaleza afectivo/cognitiva, representando la complementariedad de la abstracción lógico-formal descrita por Piaget^(4,12).

Estudiando el dolor de los niños/adolescentes, las investigaciones muestran que desde la edad de 4 años los niños son capaces de describir su dolor a través de descriptores sensitivos de la misma forma que es descrito en niños mayores o adultos^(3,15).

En el grupo de edad entre 19 y 93 años, los descriptores que mejor caracterizaban el dolor crónico fueron los de la dimensión afectivo/sensitiva cuya expresión refiere a la sensación física del evento doloroso, diferente de la caracterización afectivo/cognitiva del dolor en la que hay además de la naturaleza emocional, explicaciones, racionalización e intelectualización del mencionado evento.

Un estudio que buscaba evaluar las cualidades sensitivas, afectivas, temporales y misceláneas

del dolor en personas ancianas con dolor crónico, proporciona información sobre las diferentes percepciones de factores variados que hacen parte del síntoma dolor, en relación con personas con diferentes enfermedades, ya que la percepción de este síntoma se relaciona con los aspectos sensitivos, afectivos y emocionales y no solamente a su intensidad⁽¹⁶⁾. Otro estudio muestra la predominancia del dolor crónico en los ancianos, subrayando el perjuicio a la calidad de vida debida a las dimensiones afectiva y física del dolor, tales como inactividad y aislamiento social⁽¹⁷⁾.

Cuando se compara entre las caracterizaciones de dolor agudo y crónico en todos los grupos etarios de niños/adolescentes, los descriptores usados para caracterizar el dolor agudo fueron principalmente relacionados a la dimensión afectiva/cognitiva, con pocos cambios entre grupos de edad; en contraste los descriptores usados para caracterizar dolor crónico demostraron pensamiento operacional, o sea con cambios a través del desarrollo.

Estos resultados no solamente muestran diferencias, pero también revelan una semejanza en relación a los descriptores "molesto" e "desagradable", que fueron consistentes en las atribuciones tanto para dolor agudo y crónico. Esta información puede reforzar la presencia de componentes afectivos y cognitivos en la respuesta al dolor de los niños y adolescentes en este estudio, representando el continuo y complejo desarrollo de pensamiento abstracto.

Este estudio pone en discusión la afectividad en la organización del pensamiento humano y lleva a entender la interconexión entre las dimensiones cognitiva y afectiva, mostrando que los seres humanos no solamente construyen relaciones lógicas y racionales entre las realidades externas e internas, y que tampoco son solamente emocionales en relación a sentimientos y estados de la mente, sino que son una suma de estas dos dimensiones, como seres cognitivo-afectivos que a la vez piensan, sienten y tienen afectos⁽¹⁸⁾.

El estudio con niños y adolescentes mostró estar interconectado con la aplicación de la EMEDOR, demostrando el uso de instrumentos de evaluación del dolor, con la posibilidad de asegurar el entendimiento de que es lo que los niños realmente experimentan, y no lo que los profesionales piensan que ellos están sintiendo. Basados en esto, es necesario considerar los procesos que dicen sobre la experiencia de los niños, así como sus etapas de desarrollo físico y mental⁽¹⁹⁾.

Para el grupo etario entre 19 y 93 años los descriptores que mejor caracterizaban el dolor agudo fueron afectivo/cognitivos, semejante al estudio desarrollado para evaluar dolor en pacientes de cáncer

y mostraron que los descriptores mas frecuentemente mencionados eran aquéllos con el componente sensitivo, pero los que tenían puntajes más altos eran los con el componente afectivo⁽²⁰⁾. Por tanto, el grupo etario entre 19 y 93, subraya las dimensiones afectivas y cognitivas, aunque se presenta la dimensión sensitiva, demostrando un pensamiento más complejo que considera, pero va más allá, de los aspectos físicos considerando otros aspectos presentes en la comprensión del evento doloroso.

En relación a la estimación de magnitud para dolor crónico y agudo, los cinco descriptores con puntajes más altos y bajos en su caracterización estaban principalmente en la dimensión afectivo/cognitiva.

Los estudios que evaluaron tanto el dolor crónico como el agudo usando el método psicofísico de estimación de magnitud, tuvieron resultados indicando que la dimensión afectivo/cognitiva es la más usada en la caracterización del dolor⁽²¹⁻²²⁾.

Cuando se comparan los datos ya mencionados con los de este estudio, la importancia de las dimensiones afectiva y cognitiva pueden ser notadas en las personas que experimentan dolor. Por tanto los profesionales de salud que evalúan y tratan estos pacientes durante la experiencia dolorosa no pueden olvidar estas dimensiones. A través de estos datos puede identificarse que la percepción de las personas adultas consideran un rango de elementos que constituyen su dolor. Además de su aspecto físico, esta experiencia esta cargada con afectos y tanto en dolores crónicos como agudos, los pensamientos están enfocados en entenderlo, lo que ocupa la mente del paciente y necesita ser desarrollado al nivel de ideas y afectos.

Los participantes que puntuaron la dimensión afectiva del dolor más alto, concuerdan con la expectativa de tratar con su propio dolor, inmersos en el universo de significados simbólicos y atribución de cualidades subjetivas. Estas cualidades subjetivas están entremezcladas con personas, objetos y lugares de experiencias. Por tanto el sujeto psicológico "vuelve" el resultado de su acción mental en cualidad evaluativa⁽²³⁾.

Esto muestra que no es posible entender la experiencia del dolor en forma objetiva o percibirla como una entidad conceptual universal ya que es una experiencia personal, y es a través del lenguaje que las características específicas de cada sensación dolorosa se pueden expresar, y ellas difieren significativamente una de otra^(8,24).

Sea en las caracterizaciones agudas o crónicas, el dolor se ve como "dolor total" porque además de la nocicepción, factores físicos, emocionales,

sociales, espirituales, entre otros, afectan la génesis y la expresión dolorosa. La evaluación del dolor es compleja, debido a la variedad de aspectos que componen el evento doloroso y es la base para el diagnóstico, la propuesta de tratamiento y la evaluación de los resultados obtenidos⁽²⁵⁾.

Conclusión

En suma, cuando se analizan los resultados de este estudio, el hecho que las personas precisan ser vistas de una forma integrativa, mientras que las personas en desarrollo con su historia, cognición, deseos y afectos no pueden ser ignoradas. Todos los atributos son recursos que precisan ser considerados para una evaluación más completa que va más allá de la intensidad del dolor, o sea una evaluación multidimensional de la experiencia total de dolor, y debe hacerse notar que la EMEDOR está validada y es un instrumento fácil de aplicar en diferentes etapas del desarrollo.

Este estudio puede contribuir a mostrar una realidad emergente de la evaluación del quinto signo vital que no debe ser subestimada, ya que el equipo de salud en general debe darse cuenta de la complejidad y multidimensionalidad existente en el dolor de estar en el mundo en diferentes situaciones y perspectivas subjetivas, y esto es una realidad que debe ser reconsiderada con vistas a mejoras posibles en la educación, investigación y práctica clínica.

Referencias

1. Marquez JO. A dor e os seus aspectos multidimensionais. *Ciênc Cult*. 2011;63(2):28-32.
2. Piaget J. Six studies of Piaget. 25ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2011.
3. Borghi CA, Rossato LM, Damião EBC, Guedes DMB, Silva EMR, Barbosa SMM. Vivenciando a dor: a experiência de crianças e adolescentes em cuidados paliativos. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(spe):67-73.
4. Esteve R, Marquina-Aponte V. Children's pain perspectives. *Child Care Health Dev*. 2012;38(3):441-52.
5. Souza MTCC. As relações entre afetividade e inteligência no desenvolvimento psicológico. *Psicologia: Teoria Pesqui*. 2011;27(2):249-54.
6. Papalia DE, Feldman RD. *Human Development*. 12ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.
7. Dessen MA, Costa Junior AL. The science of human development: current trends and future prospects. Porto Alegre: Artmed; 2005.
8. Faleiros Sousa FAE, Pereira LV, Cardoso R, Hortense P. Multidimensional Pain Avaliation Scale, *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2010;18(3):3-10.
9. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Treats of the Statute of the Child and Adolescent (ECA) and other measures. Brasília, DF, 1990. [Access Oct 15 2013]. Available from: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/33/1990/8069.htm>
10. Barreo CLBT, Morato, HTP, Caldas MT. *Prática Psicológica na Perspectiva Fenomenológica*, Curitiba: Juruá Editora; 2013.
11. Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. *Pragmática da comunicação humana: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação*. São Paulo: Cultrix; 1967.
12. Piaget G, Inhelder B. *A psicologia da criança*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2006.
13. Okada M, Teixeira MJ, Myagi KT. Treatment of pain in pediatric. *Rev Med*. 2001;80(1):157-69.
14. Palermo TM, Valrie CR, Karlson CW. Family and parent influences on pediatric chronic pain: a developmental perspective. *Am Psychol*. 2014;69(2):142-52.
15. Bienvenu M, Jacquet D, Michelutti M, Wood C. L'expression verbale de la douleur chez l'enfant: comparaison intermodale entre sensation de douleur et manipulation tactile. *Pain Res Manag*. 2011;16(3):187-91.
16. Santos CC, Pereira LSM, Resende MA, Magno F, Aguiar V. Applicability of the Brazilian version of the McGill Pain Questionnaire in elderly patients with chronic pain. *Acta Fisiatr*. 2006;13(2):75-82.
17. Barbosa MH, Silva LC, Andrade EV, Luiz RB, Bolina AF, Mattia AL, et al. Evaluation of chronic pain in the institutionalized elderly. *Reme - Rev Min Enferm*. 2012;16(1):63-8.
18. Pinto FEM. The psychological subject and interfaces with the psychic dimensions: a brief dialogue on affectivity. *Portal of Psychologists*. Porto, Portugal, 2011. [Access June 12 2012]. Available from: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0538.pdf>.
19. Rossato LM, Magaldi FM. Multidimensional tools: application of quality cards pain in children. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2006;14(5):77-84.
20. Costa AIS, Chaves MD. Pain in cancer patients undergoing chemotherapy. *Rev Dor, Pesqui Clín Terapêutica*. 2012;13(1):45-9.
21. Sant'ana RPM, Pereira LV, Saltareli S, Faleiros Sousa, FAE. Chronic Pain Descriptors: A Phychophysical Study. *Fechner Day*. 2004;21:512-7.
22. Sant'ana RPM, Pereira LV, Giuntini PB, Marquez JO, Faleiros Sousa FAE. *Rev Dor, Pesqui Clín Terapêutica*. 2003;4(1):42-51.

23. Pinto FEM. The (dis) affection of intelligence: the possible dialogue between cognitive and affective. *Publicatio*. 2005;13:7-12.
24. Pereira LV, Faleiros Sousa FAE. Psychophysical evaluation of the descriptors of pain in the postoperative. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2007;15(3):474-479.
25. Saunders C. Care of the dying – 4: Control of pain in terminal cancer. *Nurs Times*. 1976; 72(29):1133-1135.

Recibido: 19.3.2015

Aceptado: 15.3.2016

Correspondencia:

Fátima Aparecida Emm Faleiros Sousa
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Av. Bandeirantes, 3900
Bairro: Monte Alegre
CEP: 14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil
E-mail: ffaleiros@usp.br

Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.