



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
FACULTAD DE CIENCIAS DEL AMBIENTE Y LA SALUD

**DOLOR TOTAL:**

**ABORDAJE DESDE EL CUIDADO ENFERMERO**

Alejandra Hernández

Tesis para optar al título de grado de Licenciada en Enfermería

Tesista:

Hernández, Alejandra Leg: 123847 [aleloschacayes@gmail.com](mailto:aleloschacayes@gmail.com)

Directora de Tesis: Lic. Silvia Esmeralda Vílchez

Co- directora de Tesis: Lic. María Cristina Carbajal

Fecha aprobación Plan de tesis: Neuquén, 2 de marzo, 2020.

Fecha de finalización de la tesis: Neuquén, 31 de marzo, 2021

**TEMA:**

**DOLOR TOTAL:  
ABORDAJE DESDE EL CUIDADO  
ENFERMERO**

## AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecerle a Dios porque me ha dado la fuerza, cuando no tenía ninguna para continuar y llegar a finalizar este trabajo, por estar conmigo en cada paso que tuve que dar y ser el timón de mi vida. No fue fácil para mí llegar hasta esta instancia y por eso también quiero agradecerles a todas aquellas personas que formaron parte de una u otra manera en este trabajo: a mi querida profesora y Co- directora de Tesis: Lic. María Cristina Carbajal a quién le debo muchas horas de dedicación y un profundo respeto por su gran colaboración y conocimiento; a mi Directora de Tesis: Lic. Silvia Esmeralda Vílchez que siempre estuvo presente en los momentos requeridos y apoyándome con sus sugerencias. Muchas son las personas que hicieron posible este momento y no quisiera dejar de agradecer a ninguna: a mis padres por siempre estar preguntando, aunque no entendieran de que se trataba, a mis hijos porque son quienes hacen que cada día quiera ser mejor y poder ser un ejemplo para ellos. A mi esposo que es mi sostén emocional en los momentos difíciles. Aquellos enfermeros/as entrevistados que tuvieron la amabilidad y la buena predisposición de responder a las entrevistas. A mi jefa que fue quién de una u otra manera me incentivo para comenzar de nuevo. Amigos y seres queridos que me tuvieron presente en sus oraciones. A todos ellos un enorme agradecimiento desde lo más profundo de mi corazón.

## RESUMEN

Recuperar e incorporar a la gestión del cuidado enfermero aquellas estrategias no farmacológicas que se ha demostrado científicamente que alivian el “dolor total” considerando distintas posibilidades de aliviarlo, implica un gran reto para el profesional de enfermería. Se propuso Comprender la percepción que refieren los profesionales de enfermería del hospital Andacollo, Chos Malal y Rincón de los Sauces respecto al dolor total y de la aplicación de estrategias no farmacológicas aplicadas a personas en situación de dolor total, período febrero-junio del 2020. Se investigó siguiendo una estrategia cualitativa, exploratoria y fenomenológica. Se realizaron seis entrevistas en profundidad, virtuales, previo consentimiento informado. Los profesionales se seleccionaron mediante un muestreo intencional y estratégico, considerando su experiencia para referir datos relevantes acordes al objetivo planteado. Se valora el significado del dolor total percibiendo al mismo como un dolor atrapante que modifica el bienestar de quien lo padece y su familia. Las terapias alternativas no se aplican por desconocimiento, falta de tiempo o por no ser convencionales. Recuperar y tratar el dolor total implica conocer a la persona en todas sus dimensiones y ofrecerle la opción más adecuada para aliviar este dolor, como lo son las estrategias no farmacológicas complementándolas con los fármacos.

Palabras Claves: Dolor Total, Estrategias no farmacológicas, Percepción de enfermería.

## SUMMARY

Recovering and incorporating into the management of nursing care those non-pharmacological strategies that have been scientifically proven to relieve "total pain" considering different possibilities of relieving it, implies a great challenge for the nursing professional. It was proposed to understand the perception referred to by the nursing professionals of the Andacollo, Chos Malal and Rincón de los Sauces hospital regarding total pain and the application of non-pharmacological strategies applied to people in a situation of total pain, period February-June 2020. It was investigated following a qualitative, exploratory, and phenomenological strategy. six in-depth, virtual interviews were conducted with prior informed consent. The professionals were selected through an intentional and strategic sampling, considering their experience to refer relevant data according to the proposed objective. The meaning of total pain is valued, perceiving it as a captivating pain that modifies the well-being of the sufferer and their family. The therapies alternatives are not applied due to ignorance, lack of time or because they are not conventional. Recovering and treating total pain implies knowing the person in all its dimensions and offering the most appropriate option to relieve this pain, such as non-pharmacological strategies complementing them with drugs.

Keywords: Total Pain, non –pharmacological strategies, nursing perception.

## Índice general

Contenido:	Página:
Dedicatorias y Agradecimiento -----	03
Resumen -----	04
Abstract -----	05
CAPITULO I. INTRODUCCIÓN	
1.1. Introducción -----	09
1.2. Origen de la idea de investigación -----	11
1.3. Delimitación y planteo del problema -----	17
1.4. Problema de investigación-----	18
1.5. Objetivos -----	18
1.6. Fundamentación-----	19
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Estado del Arte-----	22
2.2. Marco Teórico -----	29
CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	
3.1. Operacionalización de las categorías -----	44
3.2. Contexto del área de estudio -----	45
3.3. Diseño Metodológico -----	49
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN, RESULTADOS Y DISCUSIÓN DE LOS DATOS	

4.1. Presentación, resultados y discusión de los datos-----  
57

## CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES FINALES

5.1. Conclusiones -----  
104

5.2. Sugerencias-----  
105

5.3. Referencias Bibliográficas ----- 106

5.4. Hoja de firmas-----112



## Índice de figuras y tablas

Contenido:	Página:
Figura 1: Relación entre las diferentes esferas humanas y el dolor	
total -----	33
Tabla 1: Distribución del equipo de cuidados paliativos, según su formación, Hospital "A Gorni". Diciembre ,2020. -----	47
Tabla 2: Distribución del personal de enfermería según formación y lugar de trabajo. Hospitales Andacollo, Chos Malal y Rincón de los Sauces. Diciembre 2020. -----	47
Figura 2: Categorías indagadas y categorías emergentes de los relatos-----	56

# CAPÍTULO I

## INTRODUCCIÓN

Este informe está conformado por cinco capítulos. En el capítulo I se presenta el tema (introducción), el origen del problema de investigación, el objetivo y la fundamentación de este. El capítulo II refiere al marco teórico (estado de la cuestión y marco teórico). En el capítulo III se presenta la operacionalización de las categorías y el diseño metodológico (decisiones tomadas con relación al tipo de estudio, población y muestra y recolección de los datos). En el capítulo IV, se incluye la presentación, resultados y discusión de los datos. El capítulo V, plantea las conclusiones y consideraciones finales. Por último, se presentan referencias bibliográficas consultadas y hoja de firmas.

## **ORIGEN DE LA IDEA DE INVESTIGACIÓN**

El dolor total se ha convertido en un reto para el profesional de enfermería dado que, altera y modifica todas las dimensiones humanas, no solo de quien lo padece sino de su entorno familiar y social. El desafío de aliviar el dolor total requiere realizar cuidados de calidad a la persona de manera individual y personalizada, teniendo en cuenta todas sus dimensiones y para ello se debe conocer, aceptar y aplicar estrategias no farmacológicas que complementen los cuidados personalizados y los fármacos para ayudar a disminuirlo.

Por lo tanto y dada la relevancia del tema, fue motivo de interés disciplinar indagar acerca de las percepciones que refiere el personal profesional de enfermería vinculado al abordaje del dolor total considerando estrategias no farmacológicas (como modificaciones sobre el estilo de vida y Terapias Alternativas y/o complementarias). La evidencia hallada permitirá revisar las estrategias o cuidados enfermeros con el fin de mejorar la calidad de vida de personas que sufren dolor como el “dolor total”; evitando efectos adversos, permitiéndole al profesional de enfermería brindar un cuidado, no solo holístico, sino también seguro.

Cada profesional tendrá su propia percepción acerca del dolor total y acerca de la aplicación de estrategias no farmacológicas. Pero si se quiere llegar a la

persona de manera integral como se pretende, se debe comenzar por recuperar el significado del dolor total e investigar la raíz de este, para luego tratarlo, humanizando y planificando cuidados científicos para la persona que sufre, brindando distintas opciones para aliviar o superar este dolor.

Considerando al dolor como un síntoma de resolución inmediata, Beecher, H.K. mencionado por Astudillo, W., Mendinueta, C., Astudillo, E., y Gabilondo, S. (1999) refieren que “El dolor total es el más urgente de todos los síntomas”, (p.29), es aquel que impregna al ser humano en todas sus dimensiones.

Se entiende que “cuando el dolor total no es aliviado es capaz de convertirse en el centro de la vida de un ser humano; porque contienen los siguientes elementos: A) físicos B) emocionales C) sociales y D) espirituales” (Saunders, C. citado por Astudillo, et al. 1999). Produciendo una desorganización tal, dejando nuestro cuerpo y nuestro pensamiento a su merced. Se puede interpretar como un dolor interno, desgarrador, profundo, inexplicable, apresador, donde la persona pierde, el interés, la motivación, su esperanza, su independencia, sus sueños y hasta su voluntad de vivir a causa de una determinada situación que le toca padecer; dejando su cuerpo a la deriva.

El dolor total es individual, es de quién lo padece, y por lo tanto no se debe poner en tela de juicio. Es por ello por lo que el profesional de enfermería deberá realizar una escucha activa sin prejuizar donde la persona se exprese sin interrupciones para poder detectar la fuente de este dolor total.

Puede acontecer en cualquier etapa, por diferentes circunstancias y provoca una desorganización en la existencia de la persona.

Al respecto Gálvez Lopera, C. A., y Naranjo Quintero, V. (2017), refieren que:

Es claro que el dolor está en la persona, por esta razón, es importante reconocer el dolor desde su integralidad, para conseguir esta comprensión se ha nombrado la categoría de dolor total, este dolor no se logra medir con las pruebas tecnocientíficas, pero esto no indica que no exista o que no se viva (p.430)

Además, puede atravesar gran parte de su vida no necesariamente ser del presente. Por ello es necesario que al realizar los cuidados enfermero se tengan siempre en cuenta todas sus dimensiones.

Vanegas de Ahogado, et al. (2008) refieren que el dolor es un grave problema de salud pública en el mundo, ya que un importante porcentaje de la población mundial lo padece. Agregan “Para el National Health Institute de Estados Unidos el dolor es el problema de salud más costoso” (p.20).

Al respecto y en la búsqueda de diferentes intervenciones, Sobrin, citado por Vanegas de Ahogado, et al. (2008) refiere que el uso de terapias alternativas pretende favorecer el bienestar de las personas vinculando todas las dimensiones humanas.

La investigación se desarrolló acorde al objetivo planteado y al cronograma establecido. Sin embargo, cabe mencionar que los datos se recolectaron en tiempos de pandemia producida por el COVID 19, con lo cual las entrevistas programadas debieron realizarse con modalidad virtual. Esta situación modificó sustancialmente el entorno en el que los involucrados claves interactuaron, ya que, el espacio físico que se comparte puede colaborar de forma positiva o

negativa. No obstante, esta limitación, se accedió a la recolección de datos sin inconvenientes.

Los resultados indican que las personas entrevistadas perciben el dolor total, como un proceso adverso que involucra todas las dimensiones humanas y que se extiende al grupo más cercano (familiares). Además, reflejan que no hay conocimiento por parte del personal de enfermería sobre las terapias alternativas (reiki, reflexología, acupuntura entre otras). Sin embargo, reconocen aquellas estrategias no farmacológicas vinculadas al cuidado enfermero tales como el confort físico y espiritual.

Todos los entrevistados perciben las terapias alternativas como complementarias con los tratamientos médicos

Algunos profesionales recuperan la aplicación de masajes, acompañamiento, educación, métodos de relajación y respiratorios, ofrecimiento de servicio religioso.

Como categorías emergentes surgen los sentimientos que genera el dolor “del otro”, motivos por los que no se aplican las estrategias no farmacológicas, y el aspecto religioso en el cuidado de personas en estado crítico o en el final de la vida.

Descubrir cómo influye en el cuidado de la salud el dolor total y cómo se vincula con las estrategias no farmacológica (como modificaciones sobre el estilo de vida y Terapias Alternativas y/ o complementarias) fue todo un desafío.

Las experiencias de cuidado enfermero a personas con dolor, refieren que hay diversas formas de expresarlo, que el dolor no es solo físico, sino que se lo puede “identificar” desde las dimensiones psicológica, social y espiritual de las personas a cuidar. Como también que ciertas funciones fisiológicas y el bienestar en general se modifican ante la presencia de dolor.

Al respecto Cuesta Antelo, Medina, Camps Moranta (2012) refieren que “El dolor es causa de deterioro funcional en la población anciana. Debe ser tenido en cuenta en la valoración geriátrica integral” (p. 37).

En consonancia con el tema que interesa investigar, Sánchez Herrera (2003) considera que el dolor puede alterar los signos vitales, y presenta al mismo como el síntoma más frecuente con el que se identifican los problemas de salud proponiendo formas de clasificación, según su origen, duración, intensidad, localización y velocidad de conducción.

En el abordaje del dolor se ha observado un predominio de la analgesia. Sin embargo, a pesar de los avances en el campo de la salud para abordar este síntoma, no siempre se obtiene el bienestar de las personas que lo padecen.

Saunders, C (citado por Astudillo, et al. 1999) refiere que cuando el dolor no es aliviado, comprometiendo la dimensión física, social, emocional y espiritual, se torna en el eje central de la vida de una persona. A esta condición, se la



denomina dolor total. Al respecto Scheffer, R (citado por Astudillo et al. 1999) menciona que el concepto de dolor total atribuido a personas con cáncer avanzado, también se manifiesta en personas portadoras de VIH-SIDA y en fase terminal de otras enfermedades.

En relación con “como” disminuir el dolor y en la búsqueda de diferentes intervenciones, Sobrin (citado por Vanegas de Ahogado, et al., 2008) refiere que el uso de terapias alternativas pretende favorecer el bienestar de las personas vinculando todas las dimensiones humanas. En relación con las terapias complementarias o alternativas, Tobos de Álvarez (2000) las define como “...aquellas que ayudan al hombre a restablecer su salud, y a encontrar la fuerza y la energía para equilibrar su cuerpo, su mente y su espíritu” (p.241). La autora añade que estas terapias no sustituyen el cuidado más tradicional, sino que, al aplicarlas, se pretende enriquecer el tratamiento.

Con la intención de propiciar la combinación de abordajes para disminuir el dolor total Sánchez Herrera (2003) refiere que enfermería debe generar intervenciones que eviten el dolor dado que es una experiencia “sensitiva y emocional desagradable y nociva”, logrando minimizar su impacto (p.33), ya que, dependiendo de su origen, el dolor humano se manifiesta en las dimensiones física, psicológica y espiritual. Considerando esta combinación de abordajes Hernández Castro, J. J. (2017) al respecto menciona que “la incorporación de estas técnicas no farmacológicas a los tratamientos mostró vivencias interesantes: menos cantidad de dosis de medicamentos, menores eventos adversos, mayor tranquilidad, mayor confianza en sí mismos.” (p.5)

Indagar nuevas evidencias a cerca de la percepción del dolor total y de las estrategias no farmacológicas permitirá, no solo revisar las propias percepciones de los profesionales, sino también considerar el cuidado que se brinda con el fin mejorar la calidad de vida de personas que sufren dolor como el “dolor total”; y además propiciar un cuidado holístico que incluya tanto intervenciones más tradicionales como nuevos abordajes, tales como las estrategias no farmacológicas complementaria a los tratamientos convencionales.

#### **DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA:**

Reyes Chiquete, González Ortiz, A. Mohar Betancourt y Meneses García (2011) hacen referencia al costo estimado en salud en los Estados Unidos por dolor crónico (atención médica, tratamientos, incapacidades y hospitalizaciones), éste es de \$150 billones de dólares anuales. Solamente el costo de recetas de AINE fue de 312 millones y de opioides de 137 millones de dólares en el 2002 (p15). A partir de esta información es necesario considerar otras formas de abordaje del cuidado en personas que padecen dolor total, no solo por abaratar costos sino fundamentalmente para generar y brindar cuidado integral, seguro y de calidad.

A partir de las experiencias y lecturas surgen algunos interrogantes, tales como: ¿Qué entiende o como percibe al dolor total?, ¿Cómo influye el bienestar espiritual en la rehabilitación de la persona con dolor total o crónico?, ¿Cómo visualiza el personal de enfermería a la persona que manifiesta dolor

total?, el profesional de enfermería al momento de brindar cuidados enfermeros a las personas ¿qué aspectos tiene en consideración?, ¿Qué conoce acerca de las estrategias no farmacológicas? ¿Cómo percibe la incorporación de estrategias no farmacológicas al abordar el cuidado enfermero?

De lo expuesto surgió la siguiente pregunta de investigación:

**PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:**

¿Qué percepción refiere el personal profesional de enfermería del hospital de Andacollo, de Chos Malal y de Rincón de los Sauces acerca del dolor total y de la aplicación de estrategias no farmacológicas en personas en situación de dolor total durante el período febrero- junio 2020?

**OBJETIVO:**

Comprender la percepción que refiere el personal profesional de enfermería del hospital de Andacollo, de Chos Malal y de Rincón de los Sauces respecto al dolor total y de la aplicación de estrategias no farmacológicas aplicadas a personas en situación de dolor total, durante el período febrero- junio 2020.

## **FUNDAMENTACIÓN:**

Vanegas de Ahogado, et al. (2008) refieren que el dolor es un grave problema de salud pública en el mundo, ya que un importante porcentaje de la población mundial lo padece. Agrega “Para el National Health Institute de Estados Unidos el dolor es el problema de salud más costoso” (p.20).

Dada la relevancia del tema fue motivo de interés indagar sobre el abordaje del dolor total desde la percepción de enfermería en busca de nueva evidencia que permitiera revisar las estrategias o cuidados enfermeros con el fin de mejorar la calidad de vida de personas que sufren dolor como el “dolor total”; sin necesariamente tener que utilizar sólo fármacos o complementándolo con el mismo según sea necesario.

Comprender cómo percibe el profesional de enfermería las manifestaciones de “dolor total” y la percepción de las distintas estrategias no farmacológicas permite ampliar nuestra perspectiva sobre la importancia de estas. La percepción acerca de la aplicación de estrategias no farmacológicas ayudará además a buscar opciones que permitan brindar mejor calidad de vida a los usuarios con dolor. De este modo se evitarían efectos adversos, permitiéndole al profesional de enfermería brindar un cuidado, no solo holístico, sino también seguro.

Martin y Ortiz (citado Por Vanegas de Ahogado et. al, 2008) refieren que “el cuidado de enfermería, complementado con cromoterapias, muestra resultados satisfactorios a corto plazo y con bajos costos y sin la presencia de efectos adversos” (p.63). En este sentido y en consonancia con los autores

mencionados anteriormente, Ferreira (citado Por Vanegas de Ahogado et. al, 2008) refiere que "Los profesionales de la salud tenemos la obligación moral y profesional de ampliar nuestra óptica del paciente, de descubrir sus fuentes de dolor y sufrimiento y de emplear todos los medios disponibles para permitirle el alivio que él desee" (p.63).

Indagar sobre nuevas evidencias del abordaje del dolor total teniendo en cuenta que el mismo puede surgir por diversidad de causas, ayudará a que no se originen prejuicios sobre la persona que sufre. Por el contrario que se investigue la raíz de ese sufrimiento permitirá superarlo y aliviar el dolor total.

Con relación al criterio de posibilidad de desarrollar la investigación, ésta fue posible ya que las percepciones se describen teóricamente y se pueden comprender a través de los relatos de los-as sujetos de investigación.

El problema fue viable de investigar porque se dispuso de los recursos materiales necesarios para hacerlo, y de los sujetos de investigación (profesionales de enfermería) que pueden responder a este tema. Esta investigación no generó dilema ético o moral.

Antes de iniciar la investigación, se solicitó la aprobación desde el Comité de Ética de las instituciones. La cuestión del consentimiento informado se abordó por medio de la provisión de hojas de información y de formularios de consentimiento para los profesionales de enfermería entrevistados enviados por internet debido a la pandemia, además de la transmisión de información verbal sobre los objetivos y el desarrollo de la investigación. Tantos los costos

de movilidad y de la estadía al igual que los propios de investigación fueron considerados accesibles.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

## **ESTADO DEL ARTE**

Se indagó en bibliotecas virtuales y repositorios universitarios artículos de investigación que permitieran reconocer en qué situación se encuentra investigado el tema que interesa. Se hallaron siete artículos para un período que oscila entre el 2008 y el 2019.

Sánchez Herrera (2008), considera la espiritualidad como parte de la dimensión humana para tener en cuenta durante los cuidados para lograr el bienestar general del ser humano.

Su investigación describe y compara los niveles de bienestar espiritual del grupo de pacientes del programa de enfermería cardiovascular con los de un grupo de personas con características sociodemográficas similares y aparentemente sanas.

Se utilizó un abordaje cuantitativo de tipo descriptivo comparativo para la medición del bienestar espiritual que incluyó a las 43 personas del programa de enfermería cardiovascular para la prevención de factores de riesgo y 43 personas con características similares y aparentemente sanas.

La evidencia refiere que el nivel de bienestar espiritual de las personas del programa de enfermería cardiovascular es medio, y está más comprometido en la dimensión existencial que en la religiosa. En las personas aparentemente sanas el bienestar espiritual general fue alto, con mayores resultados en la dimensión religiosa que en la existencial. Al comparar los niveles de bienestar espiritual general y por componentes se encontró una diferencia significativa

entre los grupos con mayores niveles de bienestar espiritual general y por componentes en el grupo de las personas aparentemente sanas.

Tobos (citada por Vanegas de Ahogado, et. al, 2008) refiere a las terapias alternativas como medio para llegar a la totalidad de la persona, “puesto que proporcionan un cuidado integral; es decir, que no sólo se orientan al área física sino también hacia el componente psicológico, emocional y espiritual” (p.60) articulando con los cuidados de enfermería. Realizaron una investigación cualitativa, en la que participaron cuatro profesionales de enfermería (muestreo de bola de nieve), con varios años de experiencia en la utilización de Terapias Alternativas. El objetivo planteó conocer las experiencias de profesionales de enfermería en el uso de terapias alternativas y complementarias aplicadas durante el cuidado de la salud a personas en situación de dolor.

La información se recogió a través de entrevistas en profundidad y semiestructuradas. Los resultados indican que los enfermeros participantes tenían experiencias, entre cinco y más de diez años, en el manejo de las terapias alternativas y complementarias, cuyo conocimiento fueron adquiridos por medio de seminarios, talleres, y búsqueda por internet, entre otros. Por otra parte, ese trabajo les ha proporcionado a las participantes gran satisfacción y posibilidades de desarrollo personal. Esta experiencia les permite abordar el dolor en las personas considerando todas las dimensiones afirmando la necesidad de una visión integral de las personas que cuidan. A su vez ese abordaje integral les permite reconocer las creencias de las personas que cuidan respecto de las terapias alternativas.



Cuesta Antelo, et. al (2012) señalan que “El dolor es causa de deterioro funcional en la población anciana. Debe ser tenido en cuenta en la valoración geriátrica integral. En general se encuentra infra diagnosticado y su tratamiento no es el adecuado” (p 37). El objetivo de esta investigación es conocer la proporción de pacientes valorados que presentan dolor, el grado de este y el número de pacientes con dolor que reciben tratamiento específico, junto con otros datos de interés, como el nivel de dependencia, el grado de deterioro cognitivo y la presencia de cuidador. El diseño planteó una estrategia cuantitativa, con un estudio de tipo descriptivo. Se ha recabado la información a través de un cuestionario de elaboración propia, validado por expertos en el ámbito pediátrico. Se valoró un total de 453 de pacientes que presentaban dolor, observando que, o no recibían tratamiento, o si lo hacían era en su mayoría desde el primer escalón de la escala analgésica de la OMS. Se observa que un tanto por ciento elevado de pacientes presenta dolor y no están tratados para ello.

Uribe Velásquez y Lagoueyte Gómez (2014) hacen referencia a la importancia del cuidado espiritual dentro del quehacer de la enfermera. Aunque se den diferentes maneras respecto a cómo brindarlo, el tema suscita interés y reflexión. El objetivo de investigación se propone comprender el significado que tiene el cuidado espiritual para los profesionales de enfermería, mediante un estudio de tipo cualitativo, realizado en Medellín (Colombia), entre octubre de 2011 y febrero de 2013. Bajo los lineamientos propuestos por la teoría fundamentada en los datos, se entrevistaron a 14 profesionales de enfermería de ambos sexos, los cuales se contactaron mediante el muestreo de bola de

nieve. El análisis de los datos se hizo manualmente, siguiendo el proceso con el fin de comprender lo que para las enfermeras significa dar cuidado espiritual, cómo lo definen, qué fortalezas y barreras experimentan a la hora de brindarlo y cuáles acciones realizan con este propósito. Los resultados indican que el concepto de cuidado espiritual es difuso, sin embargo, las enfermeras realizan acciones concretas de cuidado, de manera especial el “estar ahí”, como presencia amorosa y el “romper la norma” como posibilidad de abrir horizontes de cuidado.

Reyes et al. (2017), plantean la necesidad de integrar la espiritualidad no sólo en los cuidados paliativos, sino también en todos los niveles de la atención sanitaria y el desafío de crear y validar un instrumento adecuado, que además sea aplicable a la realidad Latinoamericana. Se realizó un estudio observacional, analítico y de corte transversal, con metodología cuantitativa, que incluyó dos pruebas de validación de la Escala Numérica para Evaluar Síntomas Espirituales (ENESE). La muestra incluyó 103 pacientes hospitalizados en dos centros de cuidados paliativos de Santiago de Chile. Los criterios de inclusión fueron: - Diagnóstico de enfermedad terminal, certificada por un médico. - Paciente en conocimiento de su diagnóstico y pronóstico. - Presencia de algún “problema espiritual”. - Ausencia de alteraciones o presencia de alteraciones leves en el test de CAM (Confusion Assessment Method) y en el Mini Mental Abreviado. En los resultados hallados se destaca la alta frecuencia de síntomas espirituales, siendo la presencia de ‘angustia espiritual’ el síntoma más frecuente (91,4%), seguido por el ‘dolor espiritual’ y la

‘búsqueda espiritual proyectada’ (el 88,8% y el 85,7% respectivamente). La ‘incredulidad’ fue el síntoma menos frecuente (67,1%).

La investigación desarrollada por Pardo, A (2018) se propuso como objetivo describir la percepción del enfermero frente al dolor y el sufrimiento de los usuarios hospitalizados y el abordaje del cuidado considerando la valoración del dolor y el plan de cuidados reflejados en los registros de enfermería en el Hospital Horacio Héller de la Ciudad de Neuquén Capital.

El plan siguió un diseño cuali - cuantitativo, triangulando técnicas de recolección del dato y análisis e interpretación de estos.

Los resultados de esta investigación nos muestran una relación directa entre los resultados obtenidos a través de las narraciones y los obtenidos a través de la lista cotejo (lectura de registros enfermeros). Se observa, entonces, que hay diferentes percepciones del personal de Enfermería en cuanto al usuario hospitalizado con dolor, percepciones que se ven influenciadas por prejuicios y supuestos que ponen en riesgo la salud directa del usuario.

En relación con los-as niños-as que refieren dolor, Díaz-Morales, K., et al, (2019), reseñan que los síntomas de dolor, náusea y vómito en los niños con cáncer son ocasionados por la enfermedad o tratamiento de quimioterapia. El manejo de estos síntomas es un reto en los familiares. La investigación planteó como objetivos describir y analizar la relación entre los síntomas de dolor y náusea o vómito en los niños con cáncer y describir las estrategias de cuidado familiar ante estos síntomas. Se realizó un estudio descriptivo, correlacional, con muestra de 31 niños y familiares de una clínica

oncopediátrica de Veracruz, México. Diligenciaron los instrumentos Escala de dolor con caras. Clasificación de Náusea-Vómito Inducido por Quimioterapia y Cuestionario de estrategias de cuidado familiar para el manejo de síntomas. Los datos se analizaron con estadística descriptiva e inferencial con Rho de Spearman, utilizando el programa SPSS 20.0. Los resultados refieren que los niños padecen dolor moderado (48%), leve (29%) e intenso (23%). Tienen náusea-vómito agudo (74%), anticipatorio (16%) y retardado (10%). Existe asociación entre la náusea-vómito retardado con el anticipatorio ( $r = 435 < 0,05$ ). Los familiares contrarrestan el dolor del niño con estrategias de espiritualidad, distracción y fármacos. Ante la náusea-vómito evitan ambientes con olor a comida y consumo de líquidos calientes. Los autores acuerdan en que: Según el tipo de cáncer y tratamiento, es la intensidad del dolor en el niño. La náusea-vómito se considera el síntoma más problemático durante la quimioterapia.

La investigación aporta datos científicos para indagar a futuro estos síntomas y posibles secuelas físicas y psicológicas (depresión, ansiedad) en los niños con cáncer, así como la efectividad de las estrategias familiares para tratar estos síntomas.

Hallazgos: Se coincide en que el dolor no es solo físico, sino que afecta todas las dimensiones humanas. Se los reconoce como dolores del alma que implican sentirse en soledad, con miedo, angustia, desazón, tristeza, entre otros sentimientos. Da cuenta de ello la investigación realizada por Reyes et al. (2017) en instituciones de Santiago, Chile, considerando al “dolor y angustia espiritual” como los síntomas espirituales con mayor presencia. Abordar la espiritualidad de estas personas implica otorgar ayuda y cuidado integral

centrado en la escucha activa y el contacto físico. Si bien el cuidado espiritual resulta difuso se deben buscar acciones concretas y distintas opciones que permitan aliviar el dolor total y lograr el bienestar general de la persona en todos niveles de la salud. La espiritualidad forma parte de la dimensión humana, y “el estar ahí, presentes” implica ese reconocimiento de la dimensión y si queremos llegar a la totalidad del ser humano se debe incluir, además, a los cuidados enfermeros estrategias no farmacológicas como las terapias alternativas.

Se observa, también, que hay diferentes percepciones del personal de Enfermería en cuanto al usuario con dolor, percepciones que pueden verse influenciadas por prejuicios y supuestos que ponen en riesgo la salud directa del usuario. En este sentido el diagnóstico del dolor no se valora adecuadamente lo que ocasiona perjuicio en la persona que lo padece, ocasionando cuidados de enfermería incompetentes.

Estos informes guiaron la propuesta de investigación en general, sea conceptualmente contribuyendo al marco teórico (conceptos referidos a: percepción, dolor total, estrategias no farmacológicas y cuidado espiritual). Como también al diseño metodológico acorde al tipo de investigación que se pretendió realizar. En relación con el diseño que se propone, en general predominan las investigaciones con una estrategia cuantitativa (4 investigaciones). Este abordaje refiere a un modo particular de arribar a evidencia científica vinculado a la necesidad de demostrar “objetivamente”. Por lo tanto, se piensa en una única realidad, medible y susceptible de describir un fenómeno o demostrar relaciones de causa y efecto. Sin embargo, los aportes

de investigaciones cualitativas (3 investigaciones) permiten conocer realidades distintas y el mundo subjetivo de quienes son sujetos de indagación, sin interpelar sino con la intención de comprender esas subjetividades. Si se entiende que en el proceso de percepción intervienen mecanismos vivenciales en los que se involucra tanto lo consciente como lo inconsciente, es de destacar la relevancia de la investigación cualitativa. Por ello la necesidad de abordar las percepciones desde una lógica interpretativa o fenomenológica. Conocer ese mundo interior permite comprender y contextualizar las acciones que genera enfermería con el fin último de lograr el bienestar de las personas que cuida.

Entre las investigaciones halladas es de destacar la de Vanegas de Ahogado et. al (2007) quienes plantean una propuesta de investigación semejante a la desarrollada en este Informe, siguiendo una estrategia cualitativa. Y la investigación desarrollada por Pardo, A (2018), quien plantea un diseño cuali-cuantitativo. Esta perspectiva de investigación permite complementar el abordaje del objeto y sujeto de estudio, considerando aspectos objetivables y, al mismo, tiempo “lo subjetivo” de las personas.

No se halló en las bases de datos consultadas evidencia local acerca de percepciones referidas al dolor total y el uso estrategias no farmacológicas.

## **MARCO TEÓRICO**

En este marco teórico se plantean los conceptos pertinentes al objetivo de investigación.

El marco teórico abordado demuestra que es evidente la necesidad de comprender las percepciones de los profesionales de enfermería acerca del dolor total y de las estrategias no farmacológicas (como modificaciones sobre el estilo de vida y Terapias Alternativas y/o complementarias) con el fin de indagar y producir nueva evidencia sobre ello.

Para interpretar y comprender lo que los profesionales de enfermería refieren acerca de las estrategias no farmacológicas (como modificaciones sobre el estilo de vida y Terapias Alternativas y/complementarias) y dolor total es necesario definir el concepto “percepción”.

Vargas Melgarejo (1994) hace referencia a que:

(...) tradicionalmente la psicología ha definido a la percepción como: el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización... (p.48)

Al referirse la autora mencionada con anterioridad al modo en que se construyen las percepciones, refiere que la percepción es un “proceso en constante interacción y donde el individuo y la sociedad tienen un papel activo en la conformación de percepciones particulares a cada grupo social” (p.48). Aquí se encuentran involucradas todas las vivencias consciente e inconsciente de la psique humana.

Vargas Melgarejo continúa afirmando que en este proceso de la percepción “se ponen en juego referentes ideológicos y culturales que reproducen y

explican la realidad y que son aplicados a las distintas experiencias cotidianas para ordenarlas y transformarlas” (p.49). El reconocimiento forma parte de la percepción y permite recordar experiencias y conocimientos previos y compararlos con los nuevos a través de la interacción con el entorno.

En tanto que Porto Pérez y Gardey (citado por Pardo A, 2018) afirman que:

La percepción social es el estudio de las influencias sociales sobre la percepción. Hay que tener en cuenta que las mismas cualidades pueden producir impresiones diferentes, ya que interactúan entre sí de forma dinámica. En el caso de la percepción de personas, aparecen diversos factores que influyen en la percepción: las expectativas acerca del sujeto con el que se va a interactuar, las motivaciones (que hacen que el hombre que percibe vea en el otro individuo lo que se desea ver), las metas (influyen en el procesamiento de la información), la familiaridad y la experiencia (p. 32)

El personal de enfermería en concordancia con el equipo de salud construye su propia percepción acerca del dolor y sufrimiento que refieren los usuarios hospitalizados. Por ello debe formarse para accionar con sensibilidad, confidencialidad, comprender los sentimientos y humanizar los cuidados científicos. (p.37)

Se puede concluir que la percepción es un proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios. Este proceso se da en constante interacción entre el individuo y la sociedad e influyen factores ideológicos, culturales y sociales que reproducen y explican la realidad y que son aplicados a las distintas experiencias. Por lo que cada profesional tendrá su propia percepción acerca del dolor total y de las estrategias no farmacológicas. Pero si se quiere llegar a la persona de manera integral como se pretende, se debe comenzar por



recuperar el significado del dolor total e investigar la raíz de este, para luego tratarlo, humanizando y planificando cuidados científicos para la persona que sufre brindando distintas opciones para aliviar o superar este dolor.

Desde esta perspectiva se podrá interpretar con mayor claridad la percepción de los profesionales acerca del dolor total y la percepción acerca de la aplicación de estrategias no farmacológicas (como modificaciones sobre el estilo de vida y Terapias Alternativas y/o complementarias).

El concepto de “dolor total” surge en la década del 60. Es Saunders, C (citada por López Sánchez y Rivera Largacha, 2018) quién al comprender la subjetividad de quien padece dolor menciona el concepto de dolor total.

En relación con el dolor total también puede considerarse, según diversos autores, como “dolor total”, “Dolor espiritual”, “Sufrimiento Espiritual”, “Espiritualidad”, “Dolor del Alma” entre otros; es claro, por lo tanto, que ninguna de estas denominaciones hace referencia solamente al dolor físico; sino a aquel que impregna al ser humano en todas sus dimensiones.

Son múltiples las causas que puede provocar el dolor, pero si ese dolor influye en todas las áreas del ser humano se puede decir que se está hablando de un dolor total.

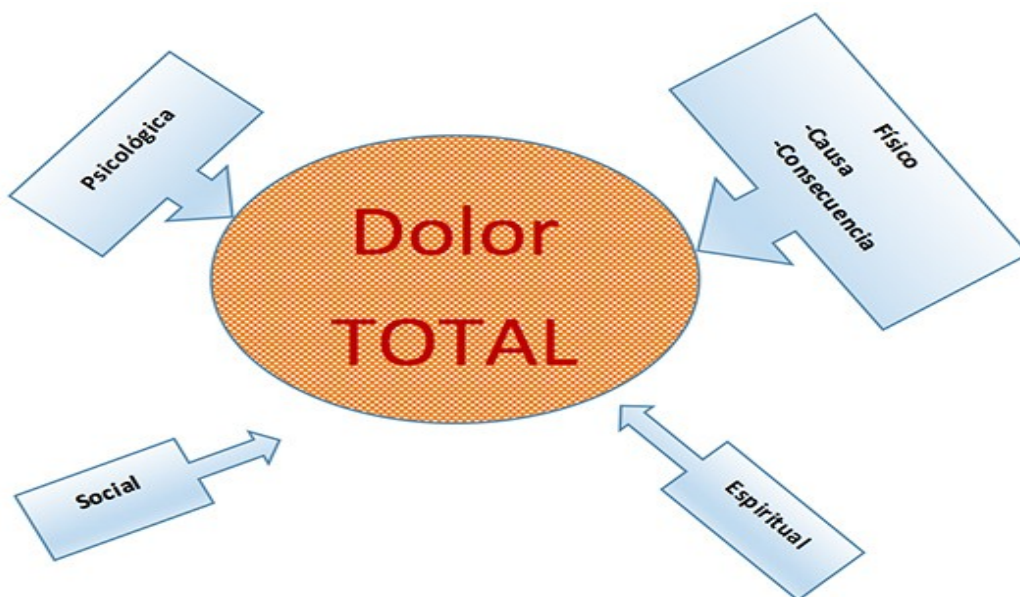
Al respecto, Beecher, H.K. (mencionado por Astudillo, et. al, 1999) refiere que “El dolor total es el más urgente de todos los síntomas”, (p.59) es el peor día de tu vida. Cuando esta sensación deja nuestro cuerpo y nuestro pensamiento a su merced “prefiero morir que seguir sufriendo”. Eso es dolor total. El dolor es de quién lo padece, y por lo tanto no se lo debe poner en tela de juicio.

En este sentido Gálvez Lopera y Naranjo Quintero (2017) refieren:

Es claro que el dolor está en la persona, por esta razón, es importante reconocer el dolor desde su integralidad, para conseguir esta comprensión se ha nombrado la categoría de dolor total, este dolor no se logra medir con las pruebas tecno- científicas, pero esto no indica que no exista o que no se viva. (p.430).

Saunders y Baines, (citadas por Astudillo, et al. 1999) refieren que “cuando el dolor total no es aliviado es capaz de convertirse en el centro de la vida de un ser humano; porque contienen los siguientes elementos: A) físicos B) emocionales C) sociales y D) espirituales” representados en la siguiente figura

Figura 1: Relación entre las diferentes esferas humanas y el dolor total.



**Fuente:** Confidentiam. Ayuda en cuidados terminales. <https://confidentiam.com.mx/medicina/dolor-total>

Se considera que “el concepto de dolor total permite entender el proceso del final de la vida como una experiencia de enfermedad (disease), padecimiento (illness) y disfunción social (sickness) que comporta diferentes formas de sufrimiento que deben ser atendidas de manera integral” (López-Sánchez y Rivera-Largacha 2018, p.340). Cabe destacar que el dolor total no solo ocurre en la etapa final de la vida, sino que puede acontecer en cualquier etapa y por diferentes circunstancias que provoca una desorganización en la existencia de la persona, como puede ser una frustración ante un determinado problema que se dificulta resolver, una enfermedad, duelo, situación familiar, etc. Además, puede atravesar gran parte de su vida no necesariamente ser del presente. Es necesario que al realizar los cuidados enfermeros se tenga siempre en consideración todas sus dimensiones.

Al dolor total se refieren también Sellán Soto, Díaz Martínez y Vázquez Sellán, (2012) concluyendo que el dolor es una realidad personal, una experiencia subjetiva culturalmente construida y socio-históricamente determinada desde la infancia. Las atribuciones que cada persona da a su experiencia dolorosa variarán de acuerdo con las características de estas: tipo de dolor, duración, intensidad, repercusiones en la vida diaria y en su proyecto vital.

Herdman, TH (Ed.) citado por los autores mencionados anteriormente, refiere a la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), al definir el dolor

como una “experiencia emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial” (p 146).

En relación con las vivencias del dolor total Velasco et al. (2008) refieren que “(...) es muy personal e intransferible. Es el síntoma motivo de consulta más frecuente en los servicios de urgencias. Siempre subjetivo...” (p.387) En concordancia Sánchez Herrera (2003) define al dolor como el “síntoma más frecuente con el que se identifican los problemas de salud” (p.32).

Se puede inferir entonces, que el dolor total es descrito como una sensación desagradable, que afecta sensitiva y emocionalmente a quién lo padece potenciándose de manera subjetiva.

Por lo dicho anteriormente, la experiencia de dolor total además de subjetiva es una experiencia física, compleja y multicausal que se manifiesta con intensidad variable en cada persona y tiene repercusiones psicológicas, familiares, sociales, académicas y laborales, entre otras. Puede clasificarse según su origen y según su duración.

Considerando el origen, las personas, en general, pueden referirlo al atravesar un periodo de sufrimiento e incertidumbre debido a la pérdida de un ser querido; por traumas físicos; por encontrarse en su etapa terminal o por no saber qué va a pasar con ellos durante el proceso salud-enfermedad.

Hernández Castro, (2017) considera además al dolor total como una enfermedad y hace referencia a qué:

No es que los medicamentos no sirvan. Al contrario, tienen su connotado beneficio, pero la incorporación de técnicas no farmacológicas a los tratamientos mostró vivencias interesantes: menos cantidad de dosis de medicamentos, menores eventos adversos, mayor tranquilidad, mayor confianza en sí mismos. Estas técnicas aportan al manejo del dolor no como síntoma, sino como enfermedad, con sus propios mecanismos fisiopatológicos que lo perpetúan, y en donde toda la convivencia de la persona afectada está en juego.

Debido a la multicausalidad y subjetividad, la percepción que cada individuo tiene ante el dolor y su actitud frente a esta situación y la búsqueda de opciones para aliviarlo también es múltiple. Una de estas opciones es la aplicación de estrategias no farmacológicas (como modificaciones sobre el estilo de vida y Terapias Alternativas y/complementarias).

Para referirse a las intervenciones que contribuyen a tratar y aliviar el dolor total, autores consultados refieren de modo semejante al uso de terapias alternativas y complementarias (Sánchez Quiles et al. 2017) quienes hacen referencia a terapias aplicadas en personas con cáncer tales como acupuntura, masajes, reiki, entre otras. Sobrin (citada por Vanegas de Ahogado et al. 2008) las define como procedimientos terapéuticos que, centrados en un enfoque holístico del proceso de enfermedad, consideran todas las dimensiones humanas. En tanto que Tobos de Álvarez (2000) refiere que éstas permiten brindar un cuidado integral orientado no solo a lo físico sino también a las dimensiones “psicológica, emocional y espiritual” (p.241).

No vinculados a aliviar el dolor total, pero si el dolor presente en diferentes circunstancias otros autores refieren a estrategias o medidas no farmacológicas

entre las que citan: masajes, acupuntura, aromaterapia, hidroterapia, ejercicios respiratorios, musicoterapia, entre otras. (Sartori et al., 2011). Igualmente mencionan estrategias no farmacológicas Belardo et al. (2017) al incluir las terapias alternativas o naturales, las modificaciones sobre el estilo de vida y las terapias complementarias.

Si bien los conceptos son semejantes, se entiende que “estrategias no farmacológicas” permite comprender de modo más abarcativo la gama de intervenciones que se aplican a personas con dolor total.

En este sentido Vanegas de Ahogado et al. (2008) consideran técnicas no farmacológicas a aquellas terapias alternativas que, además permiten una acción sinérgica al combinarse con los procedimientos terapéuticos médico-farmacológicos-quirúrgicos convencionales, a los cuales complementan, como: Terapia Floral, Acupuntura, Homeopatía, Quiromasaje, Naturopatía, Masaje con reflexología y con reiki, La Reflexología Podálica, la Bioenergética Corporal, entre otras.

También haciendo referencia a estas terapias, Hernández Castro, J. J. (2017) afirma:

Me di cuenta de que a muchos enfermos les iba mejor en el alivio del dolor cuando combiné lo farmacológico con lo no farmacológico. Y dentro de lo denominado no farmacológico se encontraba la terapia física, las terapias cognitivo-conductuales, el ejercicio en general; actualmente, el *mindfulness*, la espiritualidad, el entorno psicosocial, y obviamente la acupuntura, el yoga, la homeopatía, las infiltraciones con aguja seca, y otro buen número de técnicas terapéuticas. (p.5)

En relación con los efectos esperados al abordar estrategias no farmacológicas Ladas, Post-White, Hawks y Taromina (citados por Díaz-Morales et al. (2019) relatan que “el alivio de los síntomas relacionados con el cáncer es esencial en el cuidado de los niños; las terapias complementarias (no farmacológicas) pueden ayudar a reducir los síntomas cuando el tratamiento convencional no proporciona un alivio satisfactorio o provoca efectos secundarios indeseables”. (p 2).

En relación con las estrategias que adhieren los padres de niños con dolor evidenciada por investigaciones, Tutelman, Chambers, Stinson, Parker, Fernández, Witteman, et al., (citados por Díaz-Morales et al. (2019) refieren que “(...) los padres usan más las estrategias físicas y psicológicas que las farmacológicas para controlar o reducir el dolor en los niños con cáncer”. (p.2)

Las estrategias no farmacológicas en los cuidados enfermeros ayudarán tanto a disminuir el dolor físico como el espiritual e incluso a brindar mejor calidad de vida a los usuarios. Pero está claro que para utilizarlas se requiere de una preparación previa y de la voluntad primeramente de la persona a utilizarla, segundo del profesional a ejercerla, luego de legalización de estas para que los profesionales que deseen ejercerla no se sientan impedidos, limitados y frustrados ante esta decisión.

Gala, Lupiani, Guillén, Gómez Lupiani (citados por Vanegas de Ahogado et al. 2008) refieren que: El dolor suele estar acompañado de estrés emocional, aumento de la irritabilidad, depresión, alejamiento social, disminución de la libido, alteración en el patrón del sueño, pérdida de apetito y pérdida de peso, entre otros, y es una de las razones

principales para que las personas acudan a los servicios de salud.  
(p.60).

Puede comprenderse entonces que el dolor puede ser una señal de alarma de que “algo, está ocurriendo” y puede manifestarse con distintos síntomas; pero una buena comunicación, entrevista y la escucha activa con la persona afectada puede guiar a la fuente de origen de aquella causa

En relación con las intervenciones de cuidado enfermero Pérez García, (2016) plantea que “la espiritualidad forma parte de la dimensión humana de la persona, es precisamente lo que nos hace humanos” (p.41).

- Las necesidades espirituales, como manifestación de la espiritualidad, se encuentran igualmente relegadas y no hay un modelo claro de actuación para las enfermeras porque no existe una definición clara del concepto. Saunders, (citada por Pérez García, 2016) considera además que “se debe hacer frente al “dolor total” compuesto por un conjunto complejo de elementos somáticos, emocionales, sociales, espirituales” (p.42).

Reoch (citado por Gálvez Lopera y Naranjo Quintero) hace referencia a los cuidados espirituales: el orbe dorado, y escuchar y conversar, argumentando que “el arte de saber escuchar es el único saber que genera esperanza al moribundo” (p.431). Pero además Gálvez Lopera et al. (2017) mencionan que hay otras herramientas que demuestran la necesidad de ser creativos en el acompañamiento del final de la vida, entre ellas se encuentran: la musicoterapia, los murales –que transforman el ambiente hospitalario-, los colores en las habitaciones, los masajes corporales, estas y otras herramientas, ya exploradas, ayudan a morir como seres humanos. (p 431)



López Sánchez et al. (2018) al respecto refieren que “El sufrimiento y la angustia emocional, espiritual y social que caracterizan la experiencia álgica en especial en la enfermedad terminal, son elementos indisociables que forman parte de la experiencia compleja del dolor” (p. 343).

A su vez estos autores refieren que el dolor espiritual se produce por los interrogantes que la persona puede llegar a hacerse independiente de si tiene o no una creencia religiosa o del tipo de doctrina religiosa con la que se identifique. El dolor crea sufrimiento y su presencia actúa como un estresante permanente que recuerda al enfermo su condición y no solo le abrumba por el sufrimiento inmediato que le causa, sino también por la sensación de amenaza e impotencia sobre su futuro, particularmente cuando se acerca al peor dolor o cuando el dolor señala una inminencia de la muerte, de un daño orgánico grave o de una afección que pueda llevar a la invalidez (p.351).

En este sentido Sánchez Herrera, (2003) considera que este dolor es producido por las incomprendiones, la muerte de un ser querido, las injusticias, la depresión, la soledad. “El dolor espiritual, al igual que el físico, tiene una razón de ser”. “Su naturaleza intangible hace que sea difícil de comprender para terceros cuando no lo han vivido” (p.32)

Con relación al sufrimiento Velasco, et al. (2008) refieren que “... es una de las experiencias más personal del ser humano”, más conocida como una angustia interior cuando se ve amenazada su integridad, su existencia o la de un ser querido; se suele acompañar por la inquietud, la tristeza y el pesimismo, pudiendo conducir a la depresión o desesperación. Si se acepta bien, el sufrimiento colabora en la maduración de la personalidad (p.387). En tanto

Uribe Velásquez, Lagoueyte Gómez, (2014) lo definen como “dolores del alma”:  
el hombre sufre soledad, miedo, tristeza, temores, angustias.

Cabrera y Lluch, (2008) refieren:

Para que exista el sufrimiento no tiene necesariamente que estar presente el hecho doloroso, puede bastar el recuerdo de este para que el sufrimiento se haga realidad. Refieren además que, en el caso del dolor físico, el sufrimiento puede ser aliviado, mitigado por analgésicos, pero si el dolor está relacionado con la vida afectiva y emotiva del sujeto, su tratamiento se complica, los analgésicos no desarrollarían el efecto que se necesita y habría que utilizar otros recursos que, por su relación directa con la esfera psicológica, son muchos más complejos. Además, alude compartimos la opinión de que el sufrimiento no es un mal necesario, ni el fruto de una maldición o castigo divino, sino un hecho más, un aspecto propio del desarrollo de la vida humana, por el que debemos transitar siempre que nos encontremos ante situaciones y problemas, para cuya solución nos tenemos que crear la respuesta adecuada al hecho doloroso, es donde el hombre debe mostrar su poderío, su fuerza, su valor y grandeza para enfrentar la realidad con optimismo y ganarle la batalla al sufrimiento (p.3).

Astudillo et al. (1999) hace hincapié en 7 factores importantes para tener en cuenta para aliviar el dolor total.

1. Buen control de los síntomas: valorar y tratar lo mejor posible los múltiples síntomas que tenga el enfermo.
2. Identificar los factores emocionales y sociales: la depresión puede llevarlos al suicidio.

3. Corregir los problemas de comunicación: “El tiempo no se compone de horas y de minutos sino de amor y voluntad”. (P.36) Es importante planificar cuidados de calidad.

4. Procurar reducir el enfado: “Las personas enfermas expresan diversos grados de irritabilidad debido a la falta de realización de sus expectativas y porque perciben el dolor como un ataque destructivo que lo frustra”. (Astudillo et al. p.37)

5. Atenuar el sufrimiento existencial: El apoyo espiritual contribuye a una actitud positiva y acrecentar su autoestima.

6. Aumentar el apoyo social: es importante una buena actitud de parte de quienes lo cuidan reafirmando su propia dignidad

7. Mejorar la educación sanitaria: proporcionar un tratamiento adecuado para el dolor.

Referido al cuidado de enfermería, Pérez García, E. (2016) alude que:

Al recibir al paciente, al acogerlo a su cuidado, las enfermeras deberán hacerlo con hospitalidad, presencia y compasión; dando esperanza, pero no falsa esperanza, se trata de hacerle ver que siempre estarán dispuestas a actuar, a hacer algo, que éste seguro que no se hallará sólo, ni aún en los peores momentos. En los sucesivos encuentros es responsabilidad de los profesionales de enfermería estar abiertos a utilizar herramientas en comunicación que faciliten el encuentro empático, tener una actitud de escucha activa y realizar preguntas abiertas, con autenticidad y congruencia (p.43)

Si se percibe que el dolor total abarca todas las dimensiones humanas es indispensable reconocer que se debe actuar más allá de la enfermedad que lo ocasiona. Por lo que, el cuidado enfermero debe ser integral y seguro, incluyendo estrategias no farmacológicas aceptadas, acompañando tanto a quien padece el dolor total como a su entorno familiar. Por lo que el “estar ahí”, puede ser la diferencia entre un cuidado humanizado y un cuidado centrado en la resolución de una manifestación “objetivable”.

## CAPÍTULO III

### DISEÑO METODOLÓGICO

**OPERACIONALIZACIÓN DE LAS CATEGORÍAS INVESTIGADAS.**

<b>Categoría</b>	<b>Dimensiones/categorías operativas</b>	<b>Indicador</b>	<b>Posible pregunta</b>
Percepciones acerca del dolor total	<ul style="list-style-type: none"> <li>Experiencia en el cuidado a personas con dolor</li> <li>Significado atribuido al dolor total.</li> </ul>	Referencia a cuidados en personas con dolor  Referencia al significado de dolor total.	¿Puede referir que entiende por dolor total? ¿Cuál es su percepción sobre el mismo?
Percepciones acerca de las estrategias no farmacológicas o alternativas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Significado atribuido a terapias alternativas.</li> <li>Percepción acerca de la aplicación de terapias alternativas.</li> <li>Cuidados a brindar durante la aplicación de terapias alternativas.</li> </ul>	Referencia al significado respecto de las terapias alternativas.  Referencia acerca de percepción sobre aplicación de terapias alternativas.	¿Puede referir en qué consisten las terapias alternativas?  ¿Qué percepción tiene acerca de la aplicación de estas en personas en situación de dolor? ¿Cuáles conoce? las aplicaría?

		Referencia acerca de los cuidados a brindar durante la aplicación de terapias alternativas.	¿Y cuáles considera que deben ser los cuidados a personas con dolor total aplicando las terapias alternativas?
--	--	---	--

## **ÁREA DE ESTUDIO O CONTEXTO EN EL QUE SURGE EL PROBLEMA:**

Son tres los Hospitales donde se realizaron las entrevistas, los mismos se han contextualizados de manera general a continuación.

### **Hospital Gregorio Álvarez**

En la zona norte de la provincia de Neuquén, Departamento Chos Malal en la localidad de mismo nombre se encuentra ubicado el Hospital Gregorio Álvarez, Hospital de área zona III de complejidad IV. La población objeto de atención hospitalaria es de aproximadamente 15.000 habitantes. Al ser además hospital de cabecera de toda la zona norte del Neuquén, ingresan pobladores derivados de los hospitales de menor complejidad de toda la zona. De este nosocomio se tomará como referencia el sector guardia.

Asisten usuarios con distintos tipos de anomalías, sobre todo urgencias y derivaciones de otros hospitales de menor complejidad. La mayoría de las consultas son por dolor abdominal, diarrea, vómitos, cefalea y traumatismo. Otros usuarios manifiestan haber realizado consultas tardías, después de haber probado con yuyos, calmantes etc. tratando de disminuir, sin resultados favorables, el dolor que sentían.

La guardia suele ser el lugar de consulta cuando ésta no se satisface por distintos motivos en los consultorios del mismo hospital o centros de salud. O porque dolor que manifiestan es urgente de resolver. Las prioridades de atención por la guardia son niños, embarazadas, ancianos.

### **Hospital “Carlos Pocho Fuentes”:**

En el noroeste de la provincia de Neuquén, departamento Pehuenches. Localidad de Rincón de Los Sauces se encuentra el Hospital “Carlos Pocho Fuentes” de Área Rincón de los Sauces de complejidad III, que pertenece al sistema público de salud. La población objeto de atención hospitalaria es de aproximadamente 40.000 habitantes, el sector donde se realizará el informe es el servicio de internación.

Cabe destacar que el Hospital no condice con la cantidad de habitantes ya que el aumento de población brusca deja al descubierto la necesidad de realizar un hospital de mayor complejidad para dar respuesta a la necesidad de la población.

Quienes ingresan al servicio son embarazadas a término o parto en expulsivo, cuadros clínicos de personas adultas o niños como dolor abdominal. Casos sociales mayormente desintoxicación, ataque de pánico, crisis de angustia, intento de suicidios, violencia de género, etc. son muy frecuentes. También accidentes de tránsito y heridos de arma blanca o con arma de fuego sobre todo los fines de semanas.

### **Hospital Dr. Antonio Gorni:**

También en la Zona norte provincia de Neuquén, departamento Minas que limita al Oeste con el país vecino de Chile, al norte con la Provincia de Mendoza y al Sur este con el Departamento Chos Malal; se encuentra ubicado el Hospital Dr. “Antonio Gorni” de complejidad III en la localidad de Andacollo;



La población objeto de atención hospitalaria es de aproximadamente 3121 habitantes.

El hospital "A Gorni" dispone de un equipo para cuidados paliativos, cuya constitución se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 1: Distribución del equipo de cuidados paliativos, según su formación, Hospital "A Gorni". Diciembre ,2020.

Profesión	Cantidad
Médicos generalistas	2
Agente Sanitario	1
Asistente social	1
Auxiliar de Enfermería	1
Técnico en enfermería	1
Licenciado de Enfermería	1
<b>Total</b>	<b>7</b>

Fuente: Dirección administrativa del hospital Andacollo.

En relación con la distribución del personal de enfermería en los tres hospitales mencionados, se observa lo siguiente:

Tabla 2: Distribución del personal de enfermería según formación y lugar de trabajo. Hospitales Andacollo, Chos Malal y Rincón de los Sauces. Diciembre 2020.

	Hospital CM		Hospital Andacollo		Hospital Sauces		R	Total
	Hospital	C Salud	Hospital	C Salud	Hospital	C Salud		
Lic. en Enfermería	18	5	7	2	6	1		39
Técnicos en Enfermería	36	8	10	9	16	2		81
Auxiliares de enfermería	2	0	2	0	0	0		4
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>13</b>	<b>19</b>	<b>11</b>	<b>22</b>	<b>3</b>		<b>124</b>

Fuente: Dirección administrativa de hospitales Andacollo, Chos Malal y Rincón de los Sauces.

Se observa un mayor número de técnicos en enfermería representando un 65%, en tanto que los graduados representan un 31,4%. Un 20% de este último grupo está distribuido en centros de salud. En tanto que un 23% de los técnicos

se encuentran también en los centros de salud. La distribución del personal relacionado con la formación es apropiada para considerar la gestión del cuidado de manera holística, incluyendo el cuidado a personas con dolor total.

Este abordaje debe considerar la evidencia científica acerca de estrategias no farmacológicas que da cuenta de cambios significativos en la vida de estas personas, logrando un mayor bienestar individual y familiar.

## **DISEÑO METODOLÓGICO:**

Metodología: La investigación propuesta siguió una estrategia cualitativa dado que se pretende conocer la perspectiva del profesional de enfermería respecto de su propia cotidianeidad y permite que el rol del investigador se encuentre cercano a los datos y a la realidad objeto de investigación. Sigue un diseño flexible, interactivo; con preguntas orientadoras. Se sostiene una mirada integral y holística de la realidad que permita compartir lenguaje y comunicación entre investigador y el entrevistado. Las categorías o dimensiones permitieron agrupar ideas o expresiones en torno a un determinado concepto. Se seleccionó un enfoque hermenéutico en consideración a que se pretende conocer e interpretar la esencia de la percepción que refieren los profesionales de enfermería del hospital de Andacollo, de Chos Malal y Rincón de Los Sauces acerca del dolor total y de la aplicación de estrategias no farmacológicas en personas en situación de dolor; a partir de los relatos de las/los profesionales participantes, tal como ellos lo han experimentado, lo perciben y lo relatan.

Tipo de estudio: exploratorio, fenomenológico.

Se considera apropiado utilizar la fenomenología interpretativa como método de investigación ya que permite comprender y describir fenómenos humanos permitiendo entender lo que significa ser persona.

Para Heidegger (descrito por Castillo Espitia, 2000) un fenómeno es “lo que se hace visible por sí mismo”. (p.29). “Comprender o entender a los seres humanos exige escuchar sus voces, sus historias y experiencias”. (p.32)

Población: Licenciados en enfermería del hospital Chos Malal, Andacollo y Rincón de los Sauces.

Se incluyeron todos los licenciados/licenciadas en enfermería que desearon participar, que trabajaban en el hospital de Andacollo, Chos-Malal y Rincón de los Sauces; que referían al menos una experiencia de cuidado con personas con presencia del dolor total. Se excluyó al personal que no era licenciado en enfermería, que no tuviera experiencia en cuidados a personas con presencia de dolor total y que no deseara participar.

Selección de la Muestra: Para la selección de la muestra se utilizó el método intencional opinático dado que se buscaron muestras "representativas"; siguiendo un muestreo intencional y estratégico seleccionando aquellos-as profesionales que dada su experiencia podían referir datos relevantes acordes al objetivo propuesto.

La saturación del dato se alcanzó en la entrevista N° 6, por lo que la muestra quedo constituida por 6 licenciados-as en enfermería del hospital de Andacollo y de Chos Malal y de Rincón de los Sauces.

## Plan de recolección de información

Técnica: Se seleccionó la entrevista en profundidad dado que su objetivo es mantener una interrelación con los o las entrevistados-as. Este tipo de entrevista trata de conseguir que el entrevistado-a se sienta lo suficientemente cómodo como para responder de forma sincera a las preguntas, es flexible, no estructurada y dinámica, es decir, puede cambiar durante su realización. Su premisa es conseguir información acerca de la vida, experiencia, situación, conocimiento, interacción o relación de una persona sobre un objeto/evento/situación/tema concreto, expresado con sus propias palabras y visto desde su propia perspectiva.

Dado el contexto de pandemia y atenta a la necesidad de mantener las recomendaciones epidemiológicas propuestas por el Sistema de Salud Pública, se acordaron las entrevistas de modo virtual, a través de la plataforma Google meet. Esta situación generó algunas limitaciones cómo no encontrarse entrevistado y entrevistador interactuando cara a cara en un mismo espacio físico. Para Merlino (2006), a lo largo de la entrevista se dan situaciones que definen sensaciones, tono de voz, duración de la entrevista, el modo en que se comportan cada uno, tanto entrevistado como entrevistador y que se observan durante toda la entrevista, incluyendo el contexto que rodea a ambos actores. Una entrevista virtual no permite, acabadamente, recrear y reconocer estas subjetividades. No obstante, todas las personas seleccionadas comprendieron el objetivo de la entrevista y dieron su consentimiento. Se solicitó a las personas a entrevistar el consentimiento también para que observen la

entrevista tanto la directora como codirectora de Tesis sin intervención alguna. Al finalizar cada entrevista se evaluó la misma, considerando aciertos y dificultades a considerar en la siguiente entrevista.

A los fines de establecer criterios de rigor científico en esta investigación, se consideraron aquellos que determinan Guba y Lincoln (1985) citados por Castillo y Vásquez (2003). Estos criterios refieren a la credibilidad, la confirmabilidad y la aplicabilidad. Para identificar si estos criterios se han considerado se plantean una serie de interrogantes que se tuvieron presentes en esta investigación.

Respecto a la credibilidad se pautó con los entrevistados un segundo encuentro si fuere necesario a los fines de confirmar o corregir sus expresiones. Se consideró el contexto en el que se desarrollaron las entrevistas y la presencia del entrevistador y grupo docente. Al recolectar la información se repreguntó en situaciones que así lo ameritaban. Se transcribieron textualmente los párrafos significativos acorde al objeto de investigación. Quien investigó tuvo oportunidad de discutir y reflexionar sus interpretaciones con docentes que acompañaron este proceso.

Un segundo criterio para considerar es la confirmabilidad. Guba y Lincoln (citados por Castillo y Vásquez, 2003), lo definen como la “habilidad de otro investigador de seguir la pista o ruta de lo que el investigador original ha hecho” p.165. Para cumplir con el mismo se aplicaron criterios de selección de los entrevistados ajustados al objetivo de investigación, se grabaron las entrevistas y se seleccionaron párrafos textuales con significado para el objetivo de

investigación. Manteniendo perspectivas semejantes respecto del objeto de estudio y su modo de abordarlo, fue necesario examinar los datos (resultados y conclusiones), luego de una lectura evaluadora. En esta segunda revisión, se pretende arribar a conclusiones semejantes.

El tercer criterio para considerar se refiere a la transferibilidad o aplicabilidad, es decir si los resultados hallados se pueden transferir a otros contextos o grupos. Los registros de las entrevistas permiten identificar lo representativo de las respuestas. Sin embargo, dada las limitaciones que de algún modo impuso la virtualidad como modo de obtener datos, no se ha apreciado el contexto ni acabadamente a la persona entrevistada. Como bien refieren Guba y Lincoln (citados por Castillo y Vásquez, 2003), es necesario que “se describa densamente el lugar y las características de las personas donde el fenómeno fue estudiado. Por lo tanto, el grado de transferibilidad es una función directa de la similitud entre los contextos” p.166. Es posible, por lo tanto, que en situaciones de presencialidad surjan nuevos significados.

#### Pregunta para iniciar y guiar la entrevista:

¿Puede referir que entiende por dolor total? ¿Cuál es su percepción sobre el mismo?

Indagar sobre:

- Experiencias en el cuidado vinculado al dolor.
- Significado atribuido al dolor total.

- Saberes acerca de las estrategias no farmacológicas (como modificaciones sobre el estilo de vida y Terapias Alternativas y/complementarias).

Recursos: grabadora manual y diario de campo. Luego de realizadas las entrevistas y transcritas se procedió a eliminar la grabación.



CAPÍTULO IV

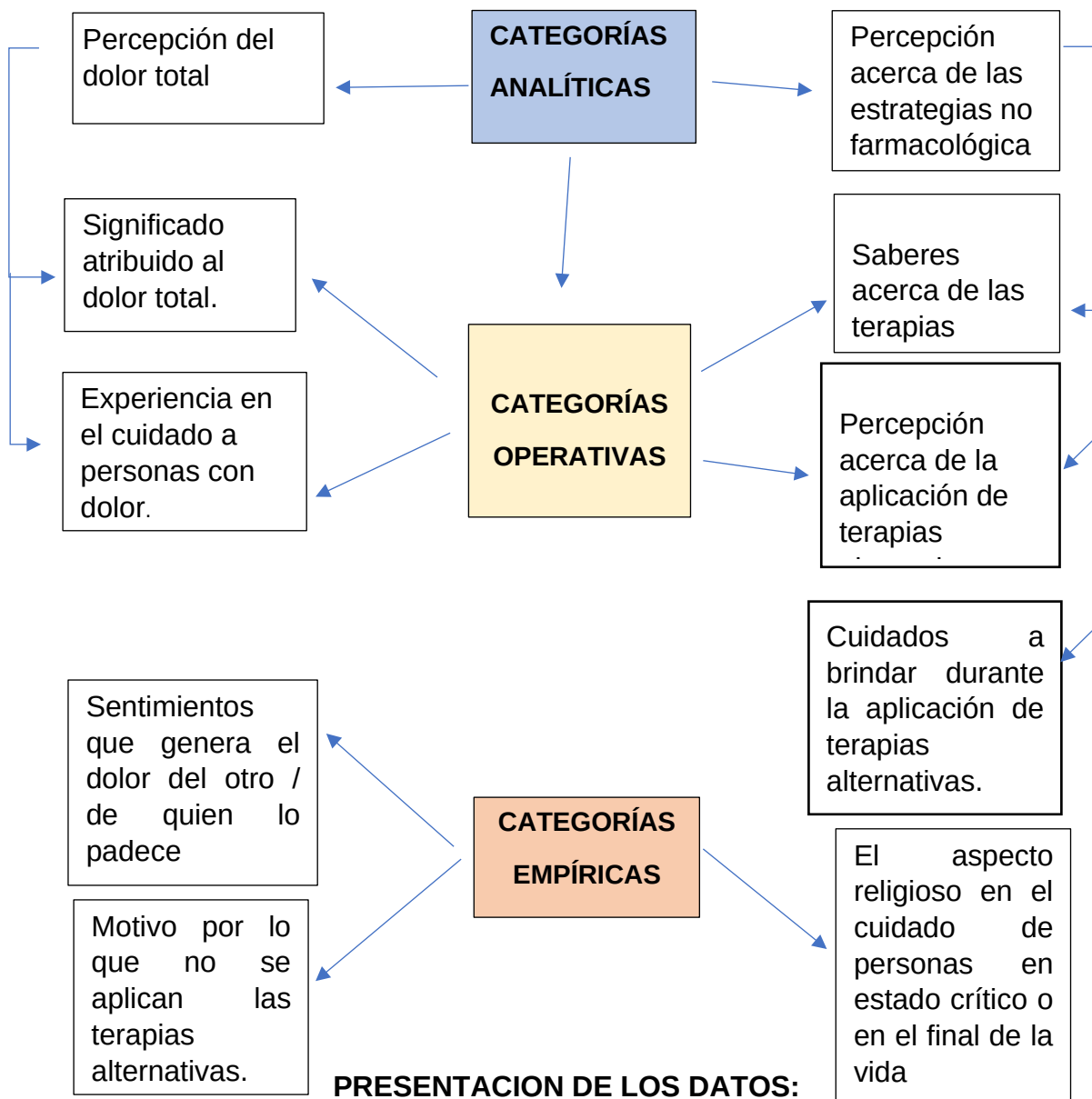
PRESENTACIÓN, RESULTADOS

Y DISCUSIÓN DE LOS DATOS

## **PRESENTACIÓN, RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LOS DATOS**

Los datos se abordaron siguiendo un análisis temático cuyo objetivo es “llegar” a la esencia del fenómeno. Se identificaron y codificaron los relatos más significativos (contenido latente) para luego trabajar en la abstracción e interpretación de los mismos. (Gonzalez Gil, T y Cano Arana, A, 2010).

Figura 2: Categorías indagadas y categorías emergentes de los relatos.<sup>1</sup>



<sup>1</sup> Figura realizada por tesista Hernández de uso exclusivo en este informe final.

Se abordan los datos siguiendo los pasos de las autoras González Gil y Cano Arana (2010).

- 1- Se concertó, realizó y grabó entrevista.
- 2- Se transcribió entrevista. Los entrevistados-as solo se identifican con una la letra E (entrevistado-a) y un número que indica en qué orden fue entrevistado. Ejemplo: E1 identifica al primer entrevistado-a.
- 3- Se subrayaron los párrafos más significativos.
- 4- Se les adjudicó un código.
- 5- Se interpretó dándole un posible significado.
- 6- Se relacionó con marco teórico.

CATEGORIA ANALÍTICA: Percepciones acerca del dolor total

CATEGORÍAS OPERATIVAS	NARRACIÓN	CODIGO	POSIBLE SIGNIFICADO
SIGNIFICADO ATRIBUIDO AL DOLOR TOTAL	4-es ese dolor que no solamente físico, es un dolor emocional digamos; es tan amplio que a veces ni la medicina tradicional pareciera poder calmarlo. Como que ni siquiera lo fármacos pudieran calmar ese dolor. Es un dolor muy grande, no solamente físico. Te lo cuento de la experiencia personal, creo que sirve eso. Podría buscar una definición, pero no sé si se llega a dimensionar lo que es ese dolor que vos decís pucha como lo calmamos, no hay forma. (E4)	Atrapado O Reprimido	El dolor total deja nuestro cuerpo y nuestro pensamiento a su merced. El significado atribuido es que este dolor total atrapa o convierte en prisionero de su propio cuerpo a la persona que lo padece y lo coloca en una situación de riesgo, dado que no puede ser dueño de sí mismo, no es la persona quien decide sino un síntoma que solo quien lo refiere comprende la magnitud que tiene y cómo repercute en toda su humanidad. "El dolor total es el más urgente de todos los

	<p>2-...tal vez este paciente no puede llegar al enfermero, no dice lo que le pasa; permite desahogarse, no permite preguntar, no se permite quizás cuestionarse cosas entonces queda ahí atrapado porque al no poder decir que es lo que le está pasando, no puede llorar, queda como reprimido... También el estado de ánimo de un paciente puede estar desanimado, lo podés ver en su gesto, no quieren comer, he... puede bajar de peso, en un momento de depresión (E2)</p>		<p>síntomas”,                  Es aquel que impregna al ser humano en todas sus dimensiones tanto físicas como emocionales, sociales y espirituales.</p>
	<p>6- Como dolor total, entiendo un dolor generalizado; entiendo el dolor físico y no tan sólo físico sino también agotamiento mental, este puede ser secundario al tratamiento o no; yo lo entiendo como dolor físico generalizado. Esto se puede llegar a percibir primero estando con el paciente, .... se lo puede ver ansioso, esa ansiedad está por ahí dada por el miedo, a lo que puede venir, generalmente por miedo a la muerte, también un estado de enojo, rabia, irritabilidad, insomnio, y otras tantas cualidades que se pueden dar que uno las puede percibir. Esto puede traer aparejado una cuestión depresiva, precisamente</p>		

	<p>por no saber si el dolor va a culminar, si el dolor va a ceder, o si con el dolor el paciente va a quedar, va a dejar de existir. Pero bueno; yo lo entiendo medianamente así. Dentro de esta cuestión depresiva, también se ve que el paciente pierde su estatus, o sea su estatus social como el resto lo ve, su posición social, su rol familiar también se ve, el paciente lo ve como que se deteriora, porque pierde esa imagen familiar, y peor aún la imagen corporal. (E6)</p>		
	<p>1-no siempre el dolor es físico, por ahí es más bien... es lo que se dice o que yo siento como que es "<b>dolor del alma</b>" digamos (E1)</p>	<p>Dolor del Alma</p>	<p>Desde lo espiritual se ve reflejado el "dolor del alma" como lo han mencionado distintos entrevistados.</p>
	<p>1-cómo me sale a mí "<b>dolor del alma</b>". He... porque se tiene que acostumbrar a la idea de, por ejemplo, hay gente que ya no se puede movilizar, hacer lo que hacía, y sabe qué bueno que va a ir su enfermedad avanzando he, muchas veces la persona acepta su condición su estado, su enfermedad, pero alguien del entorno no y como que se alejan de la persona. Entonces ahí he, es otro el tipo de dolor que uno tiene que atender. (E1)</p>		<p>Se puede interpretar como un dolor interno, desgarrador, profundo, inexplicable, apresador, donde la persona pierde, el interés, la motivación, su esperanza, su independencia, sus sueños y hasta su voluntad de vivir a causa de una determinada situación que le toca padecer; dejando su cuerpo a la deriva.</p> <p>S/ Toro Torres, C. El alma es un cuerpo. Nosotros trabajamos con cuerpos y el alma es uno de ellos. Cuerpo que, al igual que el físico, tiene órganos, partes, aparatos, sistemas y</p>
	<p>2-por no quizás asumir</p>		

	<p>una enfermedad de llevarlo a esto, a un dolor total digo, <b>es una parte del alma</b> que no lo puede llevar, su enfermedad que es más fuerte el dolor interno que el externo para mí. (E2)</p>		
	<p>3- Mira está el dolor físico el que es necesario contrarrestar con una situación farmacológica como un tipo de tratamiento y también un dolor que se expresa físicamente, pero tiene que ver con el <b>“dolor del alma”</b> no, con el dolor de la situación que está viviendo. (E3)</p>		
			<p>demás. Estos componentes son: los sistemas de sentimientos y emociones; el aparato de pensamientos; los órganos de valores, creencias y hábitos; las partes de los objetivos, las dudas, las certezas, los miedos y amores que tenemos; el cuerpo físico es otra de sus partes. Todo ello interactúa. Al igual que sangre, neuronas y hepatocitos lo hacen en el físico, pensamientos, sueños y temores lo hacen en el alma y se reflejan en el cuerpo físico, en salud o enfermedad. Somos todo eso y más. El alma lo es.</p>
	<p>2-Para mí el dolor total tiene que ver con algunas necesidades no completas pero que engloba diferentes</p>	<p>Dimensiones humanas</p>	<p>“El dolor total es el más urgente de todos los síntomas”, Es aquel que impregna</p>

	<p>dimensiones como lo es la parte emocional, la parte psicológica, la parte biológica, la parte que tiene que ver con una enfermedad que a veces también por más que uno puede hacer un tratamiento farmacológico puede no funcionar porque quizás una parte emocional no estaría actuando de buena manera entonces hace que ese dolor sea total a mi entender. (E2)</p> <p>3-cualquier tipo de dolor sea físico, sea emocional, mental inclusive va a ser procesos en nuestras vidas, en la vida de las personas</p> <p>4-es ese dolor que no solamente físico, es un dolor emocional digamos (E4)</p> <p>6-Físicos, emocionales, sociológicos (E6)</p>		<p>al ser humano en todas sus dimensiones: A) físicas B) emocionales C) sociales y D) espirituales y debe ser atendido de manera integral.</p>
	<p>1-el dolor es relativo (E1)</p> <p>3-creo que si hablamos de este dolor así tan subjetivo (E3)</p> <p>4-... esa persona se aferró he... cada persona lo vive de una manera muy especial y se respeta desde una experiencia propia de cada uno, no. He, eso es importante nosotros respetamos siempre y creemos que no solamente la medicina tradicional es la que sirve. (E4)</p>	<p>Personal o individual/distintivo</p>	<p>Se interpreta que es Personal o individual de cada persona y está relacionado con aquella situación que la persona muchas veces ni siquiera logra expresar. El tiempo y las circunstancias son personales, no todos sufren por lo mismo ni con la misma intensidad. Sellan Soto (2012) refiere que el dolor es personal, subjetivo, cultural y socio histórico. El dolor es de quién lo padece, y por lo tanto no se debe poner en tela de juicio.</p>

			Puede acontecer en cualquier etapa y por diferentes circunstancias que provoca una desorganización en la
3-es un proceso de dolor, o un proceso de desesperación quizás o de temor, la verdad que no es fácil para nadie... (E3)	Adversidad	La condición de "adverso" puede comprenderse como Antagonista, discrepante, disconforme, desigual, contradictorio. Porque hay sentimientos encontrados, enojo, rabia, miedo, soledad, angustia, dolor, alegría tal vez al encontrarse con los familiares u obtener algún logro; es desigual en cada persona, pero a su vez todos lo padecen; les duele algo, pero a la vez les duele todo	
3- porque es un proceso adverso (E3)			
4-yo creo que básicamente es miedo al irse de este mundo, da la sensación (E4)			
3-porque en realidad cuando hay mucho dolor marcado y el temor al dolor, el temor a lo que va a suceder también es algo que hay un quiebre no. (E3)			
4-porque no es solamente la persona la que está sufriendo, vamos al entorno, a la familia y ellos nos hacen esa devolución de la importancia que es esto de estar, de escuchar (E4)	Dolor familiar	Muchos son los indicativos que nos muestran que la familia padece el dolor total junto a su ser querido. Pasa noches enteras en vela y a veces hasta sin comer todo el día, al lado de ellos esperando que este se duerma o deje de referir dolor, conteniéndolo, abrigándolo, pendiente del dolor o de la necesidad que este manifiesta. Se puede ver reflejado en los ojos de los enfermeros además	
5- yo no vi el sufrimiento total en el paciente, no lo vi así porque si bien comenzaste con medicación, con sedantes; si lo vi en la familia o sea a mí me afectó más la familia,			



	<p>porque vos al paciente lo estas medicando, lo estas medicando como para que se duerma, para que pase el dolor y a la familia no, ¿me entendés? (E5)</p>		
	<p>5-El que pase la noche al lado de él, ellos te dicen anoche no durmió del dolor, o anoche le costó para dormirse o anoche tenía chuchos de frío o anoche, eso estar siempre pendiente del dolor. (E5)</p>		
	<p>5-Mucha angustia y dolor por la familia más que nada no; porque ellos son como que lucharon día y noche y como que quedan con mucho dolor y bueno uno también queda con dolor y angustia porque vos lo conociste, lo trataste, lo bañaste, lo cambiaste. (E5)</p>		<p>de sus palabras, los momentos vividos con aquellas personas que sufren y la falta de contención luego de haber finalizado el proceso.</p> <p>Se debe incluir a toda la familia como unidad de cuidado. Es muy importante que además de hacer participante a la familia de los cuidados también se englobe al grupo familiar como unidad de cuidado, y este proceso para ellos continuará hasta que hayan realizado el duelo y aceptado la muerte de</p>
	<p>1-Mira yo empecé a atender este tipo de pacientes porque mientras trabajaba en una clínica en Bahía Blanca; este, me</p>	<p>Miedo al dolor</p>	<p>El miedo a lo desconocido y/o miedo al dolor es muy común en personas que padecen dolor total. Cautiva el alma.</p>

	<p>acuerdo de que las personas venían, a desconectarse, así le llamaban. Entonces enfermería, o sea nosotros lo que hacíamos era hacer los controles de signos vitales cuando la persona ingresaba y colocábamos la vía y el oncólogo se encargaba de la desconexión, sí. Me choco mucho la primera vez, la segunda y todas las veces, incluso una vez, un paciente, he...con un CA de pulmón llegó caminando lo más bien con sus dos hijos, ellos ya venían o sea muy preparados para eso; este...Y lo que los hijos hablaban después con nosotros mientras su papá ya estaba “dormidito” he, fue que él tenía miedo a sentir dolor y que le había pedido a su oncólogo desconectarse.</p>		<p>Durante el proceso hay una etapa denominada de negación; es la etapa en la que la persona niega su realidad como defensa para aplazar el dolor.          El relato refiere a un “tipo de paciente” lo que indicaría un modo de rotular o clasificar a las personas que cuidada. Las personas requieren cuidados personalizados sin rotular o estigmatizar</p> <p>Se entiende que la muerte es parte de la vida y por lo tanto debe hacerse con dignidad. Se considera que “el concepto de dolor total permite entender el proceso del final de la vida como una experiencia de enfermedad, padecimiento y disfunción social que comporta diferentes formas de sufrimiento que deben ser atendidas de manera integral” (López-Sánchez, Rivera-Largacha. 2018, p.340).</p> <p>La muerte digna se entiende como el derecho de la persona a morir sin el empleo de medios desproporcionados y extraordinarios para el mantenimiento de la vida. Sin embargo, se debe continuar con cuidados paliativos para evitar el mayor</p>
	<p>2-el paciente debe morir sin dolor rodeado de sus familiares</p>		
	<p>1-fue que él tenía miedo a sentir dolor y que le había pedido a su oncólogo desconectarse.</p>		
	<p>3-porque en realidad cuando hay mucho dolor marcado y el temor al dolor, el temor a lo que va a suceder también es algo que hay un quiebre no;</p>		
	<p>1-ella sabe que es lo que va a pasar, pero nunca,</p>		

	<p>nunca usa las palabras he, muerte, ni nada que se relacione con eso porque está negada a eso.</p> <p>2- porque cuando vos aceptas a Dios; para aceptar también la muerte que puede llegar a venir también en cualquier momento</p> <p>3- muchas veces nos ha pasado que hemos tenido usuarios con no aceptar su proceso, no aceptar su enfermedad, no aceptan estar en ese tipo de situación, sentirse con mucha culpa, mucho temor, ¿porque esto me pasa a mí? ¿por qué este castigo que tengo? ¿Porque llegué a esta instancia y mira lo que está pasando?</p> <p>4-hay una negación muchas veces de la persona a aceptar el proceso de la enfermedad, eso sí lo hemos, y el miedo en alguna de las personas.</p> <p>4-yo creo que básicamente es miedo al irse de este mundo, da la sensación</p> <p>6-esa ansiedad está por ahí dada por el miedo, por el miedo a lo que puede venir, generalmente por miedo a la muerte,</p>		<p>sufrimiento y/o dolor.</p> <p>.</p>
EXPERIENCIAS EN EL CUIDADO VINCULADO AL DOLOR	trato de conocer a todo el grupo familiar he... (E1).	Mirada integral	Hace referencia a un cuidado holístico de la persona; por lo que se debe valorar en todo su contexto y considerar a la familia como sujeto de

	1-hay que atender a la persona en su totalidad (E1)		<p>cuidado.</p> <p>En los entrevistados se observa un conocimiento de la necesidad de brindar un cuidado holístico, aunque claramente se ve reflejada que predomina la dimensión física en los cuidados que se realizan. Desde ahí que se considera relevante recuperar cuidados cognitivamente competentes, es decir, aquel cuidado en el que se demuestra el conocimiento científico también en las otras dimensiones.</p> <p>Uribe Velázquez y Lagoueyte Gómez (2014) hace hincapié en la importancia del cuidado espiritual dentro del que hacer enfermero. El alivio de los síntomas es esencial y las terapias pueden ayudar a disminuir los síntomas.</p>
1- entonces lo ideal es conocer a toda la familia (E1)	2-No solo satisfacer sus necesidades sino también al familiar. (E2)	2-Por eso para mí es muy importante no solo el paciente sino el entorno del paciente; su familia, educarlos a ellos, motivarlos. (E2)	
3-nosotros vemos al usuario, la persona de manera holística en todo su contexto en todo su entorno; (E3)	3- el estado de esa persona no es el dolor en ese momento sino su contexto con su familia en quién cree, en su cultura y demás; (E3)	4-Y, bueno he, la higiene en cama, el movilizarlos con cuidado en bloque con ayuda de la familia, no apurado, tranquilo, evitar la humedad, de las arrugas en... es importantísimo porque no sabemos cuántos días van a estar, entonces evitar agregarle un problema más a lo que tienen. El tema de las escaras, rotarlo... la alimentación... el hidratarlo... el dormir, el descanso. Sobre todo, si la persona no pudo dormir a la noche por x motivo (4)	
1-ver en qué situación o estado emocional está la	Función sinérgica	Lo que se observa en los relatos es que no hay	

	<p>persona como para se pueda realizar de manera segura, si, sin descuidar el tratamiento médico indicado. (E1)</p> <p>1-Bueno más que nada yo creo que ese sería uno de los cuidados básicos, asegurarse que la persona no se va a volcar exclusivamente a una terapia alternativa y que va a continuar con los tratamientos médicos convencionales. (E1)</p> <p>3-una terapia alternativa si quieres llamarlo así, nunca va a reemplazar, nunca reemplaza al tratamiento específico médico (E3)</p> <p>3-nos ha pasado muchas veces a pesar del tratamiento específico hacia un niño ejemplo que está en una situación respiratoria grave y se le está dando el tratamiento pertinente y hay que esperar y tener la paciencia suficiente para que esté niño pueda recuperarse en un tiempo oportuno y que en esa situación están pidiendo por favor que venga algún Pastor o algún cura o alguien para que venga a interceder desde su fe para abogar por el estado de su niño y a eso me refiero en el complemento. (E3)</p> <p>4-mientras que no dejen de lado la medicina tradicional, la científica,</p>		<p>cuidados centrados en las T Alternativas, es decir, solo se refieren a explicar lo que la persona hace, tres personas coinciden en que una no reemplaza a la otra y en este caso hay consenso con lo que dice la literatura, lo cierto es que nadie las aplica. Si la razón de ser de la enfermería es brindar cuidados de calidad, no basta con identificar un problema sino otorgar dicho cuidado de manera humanizada e individualizado acorde a la necesidad de cada persona</p> <p>Se busca que la terapia se complemente con el tratamiento médico produciendo un efecto mayor y no reemplazar uno por lo otro. En esto coinciden con la teoría es decir que las terapias cumplen una función sinérgica con los tratamientos farmacológicos.</p> <p>Función sinérgica: significa cooperación, y es un término de origen griego “synergía” que significa “trabajando en conjunto” ...” Syn” simultaneidad y “ergon” que significa obra. Otros sinónimos son complemento, asociación, simbiosis. Todos ellos hacen referencia a trabajar en conjunto no por</p>
--	--	--	--

	<p>respetamos esas decisiones. (...). Obviamente que le recomendamos que no abandone la terapia tradicional, la científica, pero en ningún momento le quitamos de eso. (E4)</p> <p>5-Se trabaja mucho con yuyos; o todo elaborado así con yuyos. Entonces por ahí hay pacientes que tienen muchas medicaciones fuertes es ahí es donde yo tendría mucho más cuidado no, en lo que es una diabetes descompensada y que ya tiene insulina, más las pastillas, más el yuyo es como es como que pasaría un poquito más...(E5)</p> <p>5-Que tenga cuidado de que vea al médico. Por ahí con yuyo es como que se intoxica más el hígado viste. Y por ahí hay que tener más cuidado con esto. (E5)</p>		<p>separados. Cuando se habla de que las terapias alternativas cumplen una función sinérgica al combinarse con los procedimientos terapéuticos médico-farmacológicos-quirúrgicos convencionales, a los cuales complementan; hace referencia a trabajar en conjunto con los procedimientos médicos; para obtener mejores resultados ayudando a aumentar el efecto de los medicamentos a disminuir el dolor. Es importante que el equipo que aborda a la persona esté al tanto de las terapias alternativas que está utilizando la persona más allá de que si está o no de acuerdo para saber si puede haber alguna alteración que pueda llegar a ser riesgosa para esta persona en particular</p>
--	---	--	--

CATEGORIA ANALÍTICA: Percepciones acerca de las terapias alternativas

CATEGORIA OPERATIVA	NARRACIONES	CÓDIGO	POSIBLE SIGNIFICADO
SABERES ACERCA DE LAS TERAPIAS ALTERNATIVAS	1-he solamente masajes y por ejemplo métodos de relajación, y respiratorios eso sí, (E1)	Desconocimiento	Se observa al respecto; en el personal de enfermería que solo conocen las terapias alternativas por nombre o las conocen, pero no las aplican; sino que es utilizada por decisión de la persona que padece el dolor. El personal debe tomar la decisión de aplicarla y de ofrecerla a cada persona, aunque esta decida no aceptarla; y la persona, y sólo esa la persona (la persona enferma), la decisión de recibirla o no recibirla.  Considero que las terapias alternativas no se están aplicando en los cuidados enfermeros por falta de conocimiento sobre las mismas.
	5-Tratar de relajarlo, de bañarlo, de su masaje... Bañarle, conversarle, echarle crema, hacerle masajes, tratar de llevarlo a otro punto no, no ha solo pensar de que está enfermo y que en algún momento se va a morir... masaje en la espalda para que mejore la circulación, para que tanto tiempo apoyado de espalda haciéndole un masaje se alivie, como para que no haya tanto enrojecimiento, no un masaje específico. (E5)		
	1- yo podría haber sugerido acupuntura, reiki, pero sé que ella, por ejemplo, ya está muy convencida de que Dios la va a salvar y si yo le diera una alternativa más alguna idea de alguna terapia, abandonaría todo lo demás. (E1)		
	1-Se que por ejemplo podría hacer reiki; esta manera de transmitir energía con las manos. (E1)		
	1- no las conocemos bien, porque yo lo que se de terapias alternativas es muy así básico; por		

	<p>ejemplo, acupuntura en mí me daría miedo hacerme; creo que eso también al desconocerlas, (E1)</p>		
	<p>2- es saber lo que uno está ofreciendo. Tener conocimiento necesario para poder saber lo que estás haciendo, (E2)</p>		
	<p>2- explicar el pro y los contras de la terapia alternativa, ... por ejemplo se decía que los pacientes que se adherían a las terapias de cannabis esos pacientes algunos se hacían adictos...como que se distorsionaba la terapia esa. (E2)</p>		
	<p>2-Evaluar en cada paciente cual es la mejor terapia alternativa que debiera recibir... dependiendo de lo que le está pasando al paciente. (E2)</p>	<p>Cuidados individualizados.</p>	<p>Se deben planificar y aplicar cuidados acordes a la necesidad de cada persona en particular, según lo requiera; para ello, es importante ver a la persona como un ser único y planificar a través del proceso de enfermería un cuidado de calidad para cada uno sin olvidar que trabajamos con humanos vulnerables.</p>
	<p>4-Pero no era el aceite de cannabis, la dosis que se recomienda, (E4)</p>	<p>Conocer dosis</p>	<p>Es importante que las personas conozcan la dosis adecuada para que le sea efectiva y para evitar males mayores.</p>
	<p>4-explicarle a la gente que tenga cuidado con todas estas cuestiones alternativas de soluciones</p>	<p>Falsas expectativas</p>	<p>Estar atentos y advertir a la persona de falsas expectativas. Es bueno generar esperanza que</p>



	<p>mágicas, porque existe y ellos creen en algunos casos que estos curanderos, cree o le trasmite a la persona que es un daño, que esto se va a curar, con esto se va a curar, tratamos de que tenga cuidado con eso, de que no hay soluciones mágicas, porque existen aquellos de que van a sacar un crédito económico en caso de los curanderos (E4)</p>		<p>les ayude a transitar este recorrido de la mejor manera posible, pero no generar falsa esperanzas.</p>
	<p>4-crea estas falsas expectativas de soluciones mágicas que no existen (E4)</p>		
	<p>5-Me gusta el hecho de poder hacer algo más a parte de lo tradicional; de la medicación; aliviar este... o el descanso con el masaje de ponerle de eucalipto de echarle por la espalda y que se alivie el dolor, que se relaje más. Y así, no tenés solamente crema, tenés para tomar, pero yo para tomar ahí sería más cuidadosa no, más con los tipos de pacientes. (E5)</p>	<p>Reflexología</p>	<p>La reflexología como bien lo han expresado los entrevistados, es la aplicación de presión a las zonas de los pies, manos, cara y orejas de manera que puede reducir el dolor y los síntomas psicológicos, como la ansiedad y la depresión, y aumentar la relajación y el sueño. Esta técnica es mencionada como beneficiosa por aquellos entrevistados que la han aplicado.</p> <p>Venegas de Ahogado (2008) hace referencia a que el dolor es un grave problema de salud y que complementando el cuidado con las Terapias Alternativas muestra gran resultado a corto plazo, bajos costos y seguro. Consideran técnicas no</p>
	<p>5-A mí me gusta lo que es para el dolor viste, masaje específico para calmar el dolor, pone le para la espalda que hacen acupuntura creo que se llama, reflexología que se hacen masaje en los pies. Lo que es reflexología está rebueno porque vos solamente masajear en lo que es enfermo en solamente manos, pies y oídos (E5)</p>		

	<p>5-bueno lo que es manos, pies y orejas muchas terminaciones nerviosas. En cada punto de nuestra mano tiene un órgano viste, entonces vos pone le un dolor de cabeza vos masajear en los pies y es impresionante sí, se pasa. (E5)</p>		<p>farmacológicas a: aquellas terapias que, además permiten una acción sinérgica al combinarse con los procedimientos terapéuticos médico-farmacológicos-quirúrgicos convencionales, a los cuales complementan. Para ello debemos descubrir la fuente del dolor.</p>
	<p>5-. He hecho curso de eso (E5)</p>		<p>La aplicación de terapias complementarias en los cuidados enfermeros ayudará, tanto a disminuir el dolor físico como el espiritual e incluso a brindar mejor calidad de vida a los usuarios. Pero está claro que para poderlas utilizar se requiere de una preparación previa y de la voluntad primeramente de la persona a utilizarla,</p>
	<p>5-Aliviar el dolor. Masajear el dolor masajear las extremidades, cada lugarcito tiene su órgano y vos lo vas masajear. Aliviar el dolor de pansa, el dolor de oído, el dolor de cabeza, la columna (...) Lo que es pies, mano y oído. Muy bueno (...) sí me gusta lo que es crema, por ahí masaje eso sí. Acupuntura y viste que todo eso también (...) masaje del dolor y reflexología. (E5)</p>		<p>segundo, del profesional a ejercerla, luego de legalización de estas para que los profesionales que deseen ejercerla no se sientan impedidos, limitados y frustrados ante esta decisión.</p>
	<p>6-fue algo que nació desde mi hacer, de practicar una técnica que la conozco porque viene desde mi padre, pero acá no la había visto utilizar acá en salud y bueno me arriesgue y la practique es la reflexología. Si bien son masajes o sea la reflexología hay distintas áreas donde se práctica pero bueno tengo algo de conocimiento, poco sobre puntos en la planta del pie, o sea, o sea la reflexopodal sería donde masajear áreas específicas podemos llegar a facilitar el drenaje y a</p>		

	calmar el dolor precisamente en este caso en los miembros inferiores de la paciente. (E6)		
	6-conocer las áreas y los puntos donde que se conocen como terminaciones nerviosas que están relacionadas con distintos organismos y distintas regiones del cuerpo. (E6)		
	6-y donde me doy cuenta de que este tipo de pacientes con el masaje podal podemos llegar a tener otra alternativa de calmar y de ayudar a relajar a un paciente. (E6)		
	6-Hay puntos en la planta del pie, donde uno se concentra y masajea, y logra que estas áreas se relajen y se comporten en el paciente de otra manera. (E6)		

## CATEGORÍAS EMPÍRICAS

CATEGORÍA EMPÍRICA	Narraciones	código	POSIBLE SIGNIFICADO
Sentimientos que genera el dolor del otro / de quien lo padece	1-lloro...Hoy por hoy sigo llorando y me doy cuenta de que si no lloro en su momento después lo hago ya, y me siento aliviada (E1)	Empatía	<p>Implica ponerse en el lugar de la persona que sufre. Porque para poder entender a esa persona debe ponerse en su lugar y sentir lo que ella siente. Se debe tratar a esa persona como a si mismo le gustaría que lo traten, o, como si fuese familiar.</p> <p>S/ Triana Restrepo (2017). El término <i>empatía</i> viene de la palabra griega <i>empáttheia</i>, que significa 'apreciación de los sentimientos de otra persona', definición a partir de la cual se han establecido diferentes enfoques y se ha discutido si es un atributo de tipo cognitivo o afectivo. La definición que mayor consenso tiene en la literatura sobre enfermería es la que presenta la empatía como la capacidad de comprender las experiencias, preocupaciones y perspectivas de otra persona, sumado a la capacidad de comunicar este entendimiento. (P.121)</p> <p>Entender las circunstancias, emociones y necesidades de los pacientes es crucial para iniciar una relación terapéutica. El fundamento de esta actitud es la empatía, ya que es el atributo que le da a la enfermera la habilidad para comprender verdaderamente a la otra persona. La empatía es, por lo tanto, esencial en toda relación enfermera-paciente. Cuando el</p>
	1-Si uno lo siente realmente y bueno, es también una forma de acompañar a la persona en su dolor. (E1)		
	4-De ponerse en lugar de la persona y de la familia y escucharlo. (E4)		
	2-porque tampoco es necesario que vos tengas que pasar una patología fuerte para poder entender a un paciente, pero quizás cuando la vivís la ves de otra manera te pones en los zapatos de ese paciente; (E2)		
	3-enfermería aporta muchísimo e indistintamente -creo yo- de lo que creamos no, porque nuestra formación va destinada a eso no, de poder intentar por lo menos ponerlos en el lugar del otro y dar lo mejor para que esté bien o en ese bien estar en ese proceso de adversidad que sea lo más tranquilo, calmo, saludable posible no (E3)		
2-..... el rol de enfermero tiene que ver más allá de solo administrar un medicamento; sino saber empatizar con este paciente, educarlo también, contenerlo, apoyarlo emocionalmente, porque hay ciertas patologías que llevan a tener qué no ser solo un			

	<p>enfermero, hay una parte oculta de esta enfermería que tiene que ver con la empatía que depende de cada uno de los enfermeros. Que eso es innato de cada uno, aquellos que están realmente destinado a ser la vocación de enfermería. (E2)</p>	
	<p>4-El buen enfermero no es el que sea técnicamente adecuado. Históricamente fue eso y para mí no pasa por ahí. Para mí el ser buen enfermero es proporcionar cuidados de calidad y no solamente es colocar la vía de la mejor manera. Para mi pasa por otro lado pasa por el escuchar, por la empatía, la comunicación, la postura, he, es muy amplio. (E4)</p>	<p>profesional se pone en los zapatos de la persona que sufre surgen sentimientos encontrados negativos por la situación de la persona que sufre; y satisfactorios por poder ayudarlo.                  La relación enfermera-paciente, como relación de ayuda, es única. Se establece entre una persona que tiene necesidades específicas de cuidado y una enfermera que, debido a la cercanía con el paciente, a la visión y a la comprensión empática, puede distinguir las necesidades o perspectivas, comunicar el entendimiento y dar respuestas de ayuda centradas en lo humano.</p>
	<p>4-pero cuando está con un dolor total que ya su aspecto físico que decís, esto no es vida, esto no es vida ni para él ni para la familia... es tanto la agonía, muchas veces de tantos días porque en algunos casos pasan muchos días, cuestiones que no te lo enseñan en la enfermería ni lo ves, lo ves en la práctica y no lo voy a ver nunca más creo. Vos decís: por favor que se muera. Decís eso realmente. Dios por favor esto no es vida, porque te pregunta muchas veces, no sé qué tipo de sentimiento es ese. De bronca, de impotencia, muchas veces, porque haber vos le calmas el dolor, le alivias algunos síntomas, pero el problema sigue estando. (E4)</p>	<p>El ejercicio de comprender lo que el paciente está pensando o sintiendo debe interesar a los profesionales de la salud. Éstos están llamados a responder con sensibilidad al sufrimiento del otro y a actuar enfocándose, particularmente, en el alivio y el beneficio del paciente.</p>
	<p>5-que haya confianza, que haya empatía (E5)</p>	<p>Se observa la empatía, la escucha activa y el acompañamiento como un recurso para brindar cuidado de enfermería de calidad, pero no se ve reflejado como característica del cuidado profesional enfermero. Se observa, además, en algunos relatos, que los enfermeros ven la empatía como parte de la condición humana que sin duda también lo es, pero no se visualiza como parte del cuidado enfermero. Y se habla</p>
	<p>5-Que él te pueda contar y vos</p>	

	<p>poder entenderlo, ¿entendés?, que él pueda decir lo que siente y vos poderle decir no, no es así, que pueda tener una conversación una confianza. (E5)</p>		<p>de trabajo invisibilizando este cuidado.</p>
	<p>1-En cuanto a la persona es difícil no sentir apego, afecto hacia la persona, es más yo no intento hacer eso, entonces cuando la persona sufre he, yo también lo siento un poco ¡porque sería una persona! Pero si, siento alivio, siento satisfacción y me siento bien haciendo mí trabajo porque de alguna manera he, estoy contribuyendo a que esa persona no sufra tanto. (E1)</p>		<p>Considero que cuando el entrevistado refiere que tiene que ver con la empatía que depende de cada uno de los enfermeros; es porque considera que no todos se ponen en el zapato de la persona enferma a pesar de ser parte del cuidado de enfermería; y que tiene que ver con la vocación considerándola como innata. Y como esto no se registra no se puede visualizar y por eso pasa a ser oculta.</p>
	<p>2- Y angustia, tristeza, dolor porque a veces hay pacientes que pueden ser tus propios hermanos. ...sentimientos negativos. (E2)</p>		<p>Se requiere de una comprensión empática que solo podrá lograr el profesional cuando se ponga en los zapatos de la persona y que es esencial para lograr la relación de confianza que se pretende.</p>
	<p>3-y asegurar que lo que me dijo la persona lo que yo interpreté eso es lo que realmente la persona necesita. (E3)</p>	<p>Escucha activa sin prejuizar</p>	<p>Saber escuchar es un arte, se debe hacer sin interrupción para que la persona exprese libremente su dolor y poder interpretar con claridad lo que quiere decir.</p>
	<p>3-me parece sumamente importante la comunicación, el cómo uno puede interpretar el dolor del otro (E3)</p>		<p>Hacer una interpretación acertada sin distorsionar lo que la persona me quiso decir es la base de una buena comunicación; para ello a veces es necesario confirmar con otros interrogantes específicos. Dejar expresar a la persona lo que siente sin interrupciones. Observar gestos y utilizar imágenes si fuere necesario. Para hacer ver al ayudado que estamos comprendiendo su mensaje, el ayudante responde de</p>
	<p>3-intentar saber qué es lo que le pasa (E3)</p>		
	<p>3-Mucha gente repercute su dolor de manera física que tiene que ver con otra cosa y va a estar nuestra estrategia nuestra habilidad en poder en indagar o en la comunicación... para ver qué nos cuenta, pero no es que nos cuente solamente, sino que hacemos nosotros con lo que nos dice. (E3)</p>		

	<p>4-. Básicamente tiene que haber algún tiempo, respeto, la escucha activa. (E4)</p> <p>4-. No es necesario emitir opinión, muchas veces es escuchar. Por más que te digan que la comunicación, toda la definición del mensaje de la cuestión estructurada de la comunicación, de la entrevista; muchas veces es arte, nada, lo aprendes, lo aprendes en el trabajo; el hacer diario, o sea eso no te lo enseña nadie. Por eso digo que esas cuestiones son innatas tal vez, tiene que ver con una cuestión de valores y de tratar de lo que a vos te gustaría que hagan, vos también lo puedas hacer. Es muy difícil eso. (E4)</p> <p>3-yo tengo que confiar y tengo que creer lo que le está pasando es una necesidad importante para esa persona, muchas veces el ser humano de por sí tenemos prejuicio, juicios con respecto al valor de un dolor del otro ¿no? (E3)</p> <p>3-y quizás nosotros no somos los que vamos a solucionar el problema; pero por una escucha no, muchas veces también favorecemos el bienestar. Porque mucha gente necesita ser escuchada nada más. Cada persona es como un mundo diferente... (E3)</p> <p>4-estábamos ahí al lado, escuchándolo, obviamente proporcionándole los cuidados... la medicación que estaba indicada, haciéndole la higiene que había que hacer, charlar con la familia, escucharlo a él, o no. o estar</p>	<p>diversas maneras. Una de ellas es la refleja. En este tipo de respuesta, el ayudante intenta devolver al ayudado la información que nos ha transmitido a través del lenguaje tanto verbal como no verbal. Así, podemos reiterar lo que nos acaba de transmitir, dilucidar aclarando lo que nos expone, o bien devolviendo el fondo emotivo del mensaje con otras palabras. Consiste, simplemente, en reformular el mensaje que el ayudado nos ha puesto en comunicación para que perciba que le hemos entendido.</p> <p>Otra forma de responder a lo comunicado es centrando nuestra respuesta en torno al contenido o los sentimientos, o ambos, del mensaje. De tal forma, el ayudante puede promover una reflexión más concreta por parte del ayudado para explorar y tomar conciencia más concienzuda del problema que expresa.<sup>6</sup> (Muñoz Devesa; et, al. 2014).</p> <p>Se debe focalizar en lo que dice la persona haciendo una escucha activa sin prejuizar y sin interrupción.</p> <p>No puede darse una buena comunicación si no se escucha con atención lo que el otro emite. Si la persona manifiesta que quiere ir al baño y el emisor lo llena de preguntas obviamente va a contestar cualquier cosa apurado por ir al baño. Por eso es necesario escuchar con atención lo que la persona quiere y darle una respuesta acorde a su necesidad.</p> <p>Los adultos mayores</p>
--	---	--



	<p>ahí simplemente. (E4)</p> <p>4-La persona tiene mucho deseo de ser escuchada, ni hablar si son personas de edades mayores, los adultos que son muy poco escuchados, entonces ellos tienen esa necesidad. En principio es básicamente eso la entrevista. (E4)</p> <p>4- Escucharlo, escucharlo, escucharlo y tratar de entender lo que te quiere decir. (E4)</p> <p>4-cuando vos estas con un paciente no debiera haber interrupciones, es muy común hoy en día, pasa en tu lugar seguramente el tema de los celulares, o sea no deberíamos estar... Estar los dos, el tema de la postura también es muy importante o sea si yo estoy mostrándole al paciente que ya me quiero ir y...y eso no es una escucha activa. O sea, debo sentarme cómodo si puedo silenciar el celular lo silencio, si suena bueno no lo atiendo, bueno y con esas cuestiones yo le estoy demostrando que quiero escucharlo, que me interesa que me cuente lo que él me quiera contar más allá que tenga que ver o no con la situación de salud, el tipo se quiere desahogar, porque nunca se lo pudo contar a nadie. (E4)</p>	<p>generalmente tienen una gran necesidad de comunicación, muchos de ellos viven solos. Para Hernández Castro J. (2017) otro de los grandes logros de la medicina complementaria es el poder de escuchar, de dejar hablar, de dejar expresar sentimientos escondidos.</p> <p>S/ Carlos Roger se debe dejar hablar libremente la persona y no juzgarle, no distraernos con otra cosa sino prestar atención a lo que nos está diciendo, y ser amables.</p> <p>A veces la persona no logra verbalizar y esa comunicación puede ser no verbal; es decir puede ser por gestos o simplemente silencios.</p> <p>Es Ahí donde el profesional debe prestarle mayor atención al lenguaje no verbal. A veces un silencio puede decir más que una palabra; respetar ese tiempo de silencio y poder interpretar que quiso decir con ese gesto.</p> <p>Se requiere de una comunicación clara, precisa, directa que la persona entienda y le infiera confianza con él o la enfermera a cargo esto permitirá mayor tiempo al enfermero para realizar más actividades y mejor calidad de cuidados que no requerirán de un cuidado permanente del enfermero, ni sobrecargarse el mismo sino tener la cooperación del familiar haciéndose participe de estos cuidados.</p>
	<p>4-No es necesario emitir opinión muchas veces. Es escuchar. (E4)</p> <p>4- Y bueno a veces no logramos de que verbalice lo que el cuerpo le está diciendo, o sea el miedo, la angustia, el no querer irse, el no querer</p>	



	<p>dejar sólo a los seres queridos, sienten que no se está preparado. (E4)</p>		
	<p>5- Yo creo que, si bien he, tiene que ser directa así clara porque si bien los pacientes tienen el derecho de saber lo que está pasando, lo que le está pasando; la medicación que se le está haciendo y todo, entonces vos tenés que irle diciendo las cosas la verdad y claritas no; mientras él nos pueda ayudar a darse vuelta, hacerlo participar y que él tenga confianza de decir me duele acá o me hice pis, o tengo hambre u hoy no tome mucha agua, viste, todo eso. (E5)</p>		
	<p>5-Confianza claro de él hacia nosotros. Si bien ellos están ahí, pero ellos son lo que lo manifiestan si están bien, si están mal, si están con dolor o no, viste (E5)</p>		
	<p>1- Muchas veces voy y estoy dos horas, en las dos horas utilizo 20 minutos para la atención digamos en cuanto a la higiene, o controles o administrar la medicación y el resto del tiempo estoy hablando o escuchando más que nada. Si, si bien uno va..., yo cuando voy a hacer atención a los domicilios, a tratamiento del dolor o medicación y...Por ahí también hacemos masajes o también o cualquier otro tipo de cuidado que, como para que la persona esté un poco más relajada, más tranquila, pero más que nada por lo general es eso, el acompañamiento lo que hago,</p>	<p>Acompañamiento</p>	<p>Hacer presencia como forma de brindar cuidado. Frecuentemente, la palabra acompañamiento se relaciona con pensar en una persona a quien se acompaña como ser pasivo y que no puede valerse por sí, razón por la que, desde la perspectiva biomédica, tiende a visualizarse el acompañamiento como una acción paternalista en la que la persona se limita a recibir las indicaciones del profesional sanitario; no obstante, el concepto abarca más allá de la entrega de indicaciones: significa que el profesional de enfermería entienda que la persona acompañada es la protagonista y que el</p>

	(E1)	<p>acompañante debe adaptarse a sus necesidades, demandas, prioridades y valores, lo cual requiere la capacidad de empatía, el saber escuchar y responder a las necesidades del otro. El entrevistado define acompañamiento como estar siempre cerca de la persona con dolor total, tomarle la mano e involucrarse con la persona. “Según el diccionario de la Real Academia Española, acompañar también significa “participar en los sentimientos de alguien”, definición que subraya elementos esenciales en el acompañamiento de enfermería, ya que en este proceso se involucra sentimientos de la persona ligados a la enfermedad diagnosticada, cambio de roles y funciones familiares, creencias y valores, y del vínculo establecido con la enfermera “Cuando la persona es diagnosticada con una ECNT, el profesional en enfermería debe acoger a la persona y a su familia, y efectuar el proceso de acompañamiento hasta lograr el máximo grado de autonomía y bienestar, mediante la utilización de recursos disponibles en armonía con el entorno. Desde tal perspectiva, bienestar debe ser entendido de manera más amplia, no solamente como una percepción subjetiva de la sensación de estar bien, sino desde su vínculo con la libertad y las oportunidades que tienen las personas para conseguir los valores que</p>
	1-Ya sea escuchando, o hablando, o el simple hecho de “estar ahí. (E1)	
	3-intentar buscar redes para tener ese tipo de contención un tipo apoyo inclusive, ese tipo de cosas también hacemos. Eh...acompañar en el sentido de mientras te lo permita (E3)	
	4-Nosotros, bueno en ese ese momento, el permanente acompañamiento, estar ahí, cerca... el estar cerca siempre, al lado, agarrándole la mano ellos sienten que es muy importante esa parte humana, la parte afectiva desde... uno a veces se involucra con la persona y no es solamente una relación fría. (E4)	
	4-después de que la persona muere y si la familia quiere nos juntamos con ellos cada 15 o 30 días...creo que hace bien al equipo porque nos permite no solamente; la familia se libera un poquito y nos corrige algunas cuestiones que hay que corregir con el accionar, en el actuar (E4)	

			<p>quieren vivir y de las características sociales e individuales que permiten alcanzarlos (Veliz-Rojas, et. al. 2017, p. 10)</p> <p>Las terapias alternativas pueden ayudar a disminuir los síntomas, pero para ello es necesario descubrir la fuente del dolor; es el profesional de enfermería quién debe buscar la raíz de este a través de una comunicación fluida que genere confianza a la persona que padece el dolor.</p>
El aspecto religioso en el cuidado de personas en estado crítico o en el final de la vida	2- La fe es algo re importante, lo espiritual, la religión; ese apoyo espiritual es importante en cualquier situación es importante. (E2)	Fe	Es la certeza de lo que se espera. La convicción de lo que no se ve. Esto mantiene viva la esperanza del creyente cualquiera sea su religión que todo va a estar bien. El Enfermero debe alimentar esa fe, dando esperanza, pero no falsa esperanza, se trata de hacerle ver que siempre estarán dispuestas a actuar, a hacer algo, que éste seguro que no se hallará sólo, ni aún en los peores momentos.
	3- yo tengo una creencia muy firme en lo que es la fe, (E3)		
	2-. Hoy en día yo voy al hospital y oro en mí casa para que nos cuide de lo que puede llegar a pasar y porque hay situaciones que requieren para mí, de algo espiritual para poder sobrellevarlas. (E2)	Oración	Hablar con un Dios para renovar la fuerza que se pierden en los momentos de desestabilización espiritual y en el quehacer diario de todos los días.
	3-también acompañar, intentar, este valorar o averiguar no, el credo de esa persona que lo que necesita para yo aportar desde mi parte (E3)	Credo	Considerar a la persona con ECNT como un todo, que posee una historia de vida, con emociones, experiencias, valores y creencias socioculturales, es relevante para otorgar cuidados de calidad y favorecer la
3-Sí, me ha pasado muchas veces es que va en contra de			

	<p>lo que yo creo (E3)</p>		<p>adherencia terapéutica.                  Una de las entrevistadas hace hincapié en que se entrecruzan sus propias creencias con la de las personas enfermas, pero lo relevante es que acompañan las creencias de las personas que cuidan y permiten la expresión de estas.                  Tanto el acompañamiento como los cuidados holísticos de enfermería tienen una dimensión humanista que van más allá de una técnica, de una atención planificada o de una educación rutinaria: implica estar con el otro, compartiendo sus sentimientos y emociones. (Veliz-Rojas, et al., 2017, P. 23)</p>
	<p>2- contar mi experiencia para sanar a ellos y también me sano yo (E2)</p>	<p>Sanar</p>	<p>Hablar de las malas experiencias que ha tenido que vivir ayuda a otros a enfrentar su dolor y sanar viejas heridas que quedaron en el recuerdo. En muchos de los casos es necesario perdonarse y amarse a sí mismo para fortalecerse y seguir adelante.</p>
	<p>3-Siempre digo si yo tengo la capacidad de lograr fortalecerme, de entender que sanarme a mí misma no sé, con el amor con el perdón y demás, creo que voy a tener la capacidad para poder mirar en el otro su necesidad (E3)</p>		
	<p>3-y quizás nosotros no somos los que vamos a solucionar el problema; pero por una escucha no, muchas veces también favorecemos el bienestar. Porque mucha gente necesita ser escuchada nada más no (E3)</p>		
	<p>3- creo que sí tenemos fortalezas he... espirituales, podríamos llamarlo así, podemos tener la posibilidad de poder brindar el cuidado si la persona lo acepta no porque también tiene que ver con eso;</p>	<p>Fortalezas Espirituales</p>	<p>Se entiende la fortaleza espiritual como: Conexión, sentido a la vida, trascendencia, motivación, Fe. Para ayudar a otro es necesaria esa fortaleza espiritual. Sin necesariamente</p>

	<p>(E3)</p> <p>3- fortalecer ese espíritu esa creencia darle esperanza no, en lo que deciden. Muchas veces me ha pasado, eh rezado o han tenido alguna oración escrita; (E3)</p>		<p>ser practicante de una religión. Pérez -García, E. (2016)</p> <p>No obstante, son muchos los profesionales enfermeros/as que no perciben como propia la satisfacción de las necesidades espirituales de los pacientes, aun cuando ello está en los principios de su profesión. En este aspecto la mejor herramienta de actuación con la que cuentan las enfermeras es la comunicación, que debe afrontarse en un contexto de counselling (asistir a personas que atraviesa conflictos).</p>
	<p>2- para mí Dios es una gran fuerza importante, Creo que es un motor que mueve todas las dimensiones; porque cuando vos aceptas a Dios; para aceptar también la muerte que puede llegar a venir también en cualquier momento. (E2)</p> <p>4-no le calmaba el dolor y... Esta persona se aferró a Dios, en este caso la fe es fundamental, en todo momento y aún con todo el dolor del mundo, esta persona... yo es la primera vez que lo experimento no; en todo momento le agradecía a Dios aún con todo el dolor del mundo, no se movía de la cama, no había forma ni, el rescate de morfina lograba calmar el dolor. Ya te digo, no había forma. Pero él se aferró a Dios y agradecía a Dios porque él entendía que el pronóstico de él al comienzo cuando se le diagnostica no era alentador; se le daba meses de vida eh inclusive, la cuenta de su experiencia vivió tres años más de lo que él...;</p>	<p>Dios</p>	<p>Son varios los significados que se le pueden atribuir a Dios, pero creo que sobre todo se habla de un ser sobre natural, omnisciente, omnipresente, omnipotente, perdonador, grande en su amor, dueño del timón de la vida, que está atento al clamor de quién lo invocan.</p> <p>Por lo tanto, el profesional de enfermería, a través del acompañamiento y el cuidado holístico, debe estar atento a los sentidos y sentimientos de la persona, al tiempo de que rompe los prejuicios, acepta la existencia de la fe y la esperanza y establece una relación de ayuda y de confianza, para que la persona pueda afrontar su ECNT lo más sanamente posible, se adhiera a su tratamiento e implemente los cambios como parte de su vida y cotidianidad (Veliz-Rojas, L. y Bianchetti-Saavedra, A. 2017, P. 23)</p>

	entonces el agradecía a Dios porque le dio más de lo que la medicina le había dicho. Se aferró a Dios. En este caso fue la experiencia que me tocó vivir. (E4)		
Motivos por los que no se aplican las terapias alternativas.	1-Porque no son convencionales, entonces como que no las conocemos bien (E1)	No son convencionales	Está claro que para poderlas utilizar se requiere de una preparación previa y de la voluntad primeramente de la persona a utilizarla, segundo, del profesional a ejercerla, luego de legalización de estas para que los profesionales que deseen ejercerla no se sientan impedidos, limitados y frustrados ante esta decisión
	4-la terapia alternativa del cannabis que ya nadie lo habla, o sea cada vez se habla mucho más, pero dentro de una institución de salud, todavía hay cierta, no, no se habla mucho. (E4)		
	4-Porque se cree que es ilegal (E4)		
	1-creo que al desconocer uno tiene miedo, creo que por eso no se aplican, pero deberían. (E1)	Desconocimiento	Se ve reflejado un desconocimiento de las Terapias Alternativas. El cuidado espiritual es una práctica de cuidado trascendental para los profesionales de enfermería, sin embargo, no hay un consenso sobre su significado ni de los cuidados profesionales a realizar. Las Terapias permitirán brindar estos cuidados.  Falta capacitación que provea elementos para poder brindarlo de una manera adecuada y oportuna. Las acciones de cuidado deben estar caracterizadas por cualidades como habilidad de comunicación, estabilidad emocional, empatía, flexibilidad, atención al detalle, habilidades interpersonales, resistencia física, habilidad
	2-al no estar capacitado muchos compañeros de enfermería no podés ofrecer el servicio (E2)		
	4-... pero básicamente pasa por eso una por... no se si por desconocimiento habría que investigar eso, yo creo que no está trabajado institucionalmente, entonces se hace en forma individual o como equipo de paliativo lo trabajamos esto. (E4)		
	4- Entonces no estás tan informado en todo el equipo de salud. He...el resto del equipo de salud que debe de suceder en el hospital es muy estructurado; no, hace la medicación evaluar si tiene efectos adversos y no mucho más; (E4)		

	<p>4-y la otra es porque tampoco lo tenemos muy incorporado todos los profesionales, si no hay una cuestión no sé si protocolar de que digamos eh... Esto de incorporar estas alternativas de la musicoterapia, no todo el mundo lo tiene incorporado. (E4)</p> <p>4-He...el resto del equipo de salud que debe de suceder en el hospital es muy estructurado; no, hace la medicación evaluar si tiene efectos adversos y no mucho más (E4)</p> <p>4-Dentro de una institución de salud, todavía hay cierta..., no, no se habla mucho. (E4)</p>		<p>para resolver problemas, respuesta rápida, respeto. Se puede observar una intervención centrada solo en la dimensión física, una intervención centrada en la organización del servicio y no en las necesidades de las personas Se “estigmatiza” y se crea prejuicio de un abordaje sobre una terapia alternativa por desconocimiento.</p>
	<p>5- Reflexología está muy buena, así como está reflexología hay un montón de terapias que te pueden ayudar, pero la tenemos que conocer, pero por ahí el tiempo .... (E5)</p> <p>6-Y acá entiendo que por un lado creo que no se conoce del tema, el que lo leyó o lo vio lo toma como algo que es muy difícil, o que tenés que conocer o estudiar mucho para poderlo realizar y en realidad este necesita conocer los puntos en el pie y en las otras zonas para poder realizarlo, para no hacer daño como lo dije antes, pero creo que otro factor por el cual no se realiza y no se emplea, es porque somos pocos, muy pocos enfermeros (E6)</p> <p>2-...si el sistema te permite hacer la capacitación...pueden ser caras y el sistema no te las reconoce. (E2)</p>	<p>Capacitación</p>	<p>El entrevistado hace referencia a un déficit en los cuidados de enfermería; es por ello por lo que se deberá recuperar cuidados cognitivamente competentes no solo en cuidados paliativos.</p> <p>Capacitar al profesional en distintas terapias alternativas permitirá múltiples beneficios a las personas que padecen dolor total, permitiendo brindar no solo aquellos cuidados físicos, socioculturales o psicológicos sino también los espirituales que son los que más difusos se encuentran.</p> <p>La barrera del tiempo se presenta como un obstáculo no solo en los cuidados sino también en las capacitaciones. Aun así, muchos con un gran esfuerzo y sobrecargándose en las tareas laborales logran capacitarse. Pero es una minoría.</p>



	<p>4-La capacitación en enfermería es necesaria, no solamente en cuidados paliativos sino todos. Más ahora que la comunidad cada vez te exige más. Si queremos estar a la altura de las circunstancias creo que la capacitación es fundamental, si queremos ser reconocidos como profesionales que somos. Eso sí que es una cuenta pendiente para nosotros, yo visualizo que en enfermería como que hay un déficit en todos los aspectos (E4)</p>		
	<p>6-Y yo primero tengo que seguir formándome en eso porque es algo que me gusta. He, si bien uno mismo también se lo puede realizar, cansa mucho, pero sí, algo que, si yo lo tengo que realizar ya sea en mí o en algún compañero o en algún paciente, de hecho, acá en este nosocomio ya hay varios compañeros que saben y hay algunos que hasta le he practicado la reflexología. (E6)</p>		
	<p>5-Yo creo que, por falta de actualizarnos, falta de capacitación, falta de comunicación, falta de todo... (E5)</p>		
	<p>2-...no tiene ni el tiempo ni el dinero. (E2)</p>	<p>Limitación de tiempo y recursos</p>	<p>Más allá de la escasez de recursos que en general se vive en los hospitales públicos; hay escasez de ambientes acordes a aquellas personas que atraviesan un dolor total; Suele ser muy común que personas que necesitan descansar, estar tranquilos, sin ruidos; tengan que estar acompañados por otra persona que está pasando por</p>
	<p>6-somos pocos enfermeros y no contamos con el tiempo para atender a la cantidad de pacientes que tenemos (E6)</p>		
	<p>2-porque el hospital hace lo que puede hoy en día con los pocos recursos que tenemos (E2)</p>		
	<p>4-tratamos de abordar esa problemática (cuidados</p>		



	paliativos) con las herramientas que tenemos. (E2)		una etapa de abstinencia y no deje dormir en toda la noche a esta persona. Ambos necesitan la atención, pero de ser posible en cuartos separados y acompañado por sus seres queridos.  Es necesario recuperar la necesidad de brindar un cuidado (en este caso masajes) basado en fundamentación científica, caso contrario se brinda siguiendo una "copia" de un procedimiento/técnica que vi e imito pero que no se para que y por qué.
	5-Es como que los dejamos estar acá en Rincón de los Sauces como que no tenemos esa posibilidad de viajar a Neuquén una por el cole, la distancia, los gastos, es como que cuesta mucho en lo que eso no porque por ahí cursos que salen a Neuquén y paga provincia está bueno hacerlo. (E5)		
	5- A veces el enfermero está solo, está lleno de pacientes entonces es como que no nos da lugar a esto. (E5)		

## RESULTADOS

La investigación realizada permitió responder al interrogante inicial sobre las categorías analíticas acerca de las percepciones vinculadas al dolor total y al uso de las estrategias no farmacológicas, dentro de estas últimas las terapias alternativas.

### **Categoría analítica y categorías operativas:**

- Percepción acerca del dolor total
  - o Significado atribuido al dolor total

Los-as entrevistados-as reconocen el dolor, pueden identificarlo y comprender lo sentimientos que genera en quien lo padece. Lo definen como un dolor que abarca todas las dimensiones. Reconocen que también es percibido por la familia. El dolor del alma se refleja en la dimensión espiritual.

Las siguientes expresiones dan cuenta de ello:

“Es un dolor muy grande, no solamente físico. (E4).

“Engloba diferentes dimensiones como lo es la parte emocional, la parte psicológica, la parte biológica (E2)

“Cualquier tipo de dolor sea físico, sea emocional, mental inclusive va a ser procesos en nuestras vidas, en la vida de las personas” (E3)

“Es ese dolor que no solamente físico, es un dolor emocional digamos” (E4)

“Físicos, emocionales, sociológicos” (E6)

“Queda ahí atrapado porque al no poder decir que es lo que le está pasando, no puede llorar, queda como reprimido” (E2)

“Como dolor total, entiendo un dolor generalizado; entiendo el dolor físico y no tan sólo físico sino también agotamiento mental” (E6)

“Se expresa físicamente, pero tiene que ver con el “dolor del alma” (E3)

“El dolor interno” (E2)

“Creo que si hablamos de este dolor así tan subjetivo” (E3)

“Porque es un proceso adverso” (E3)

“Sí lo vi en la familia” (E5)

“Fue que él tenía miedo a sentir dolor” (E1)

Pueden identificar manifestaciones no vinculantes con la dimensión física:

“Esto se puede llegar a percibir primero estando con el paciente, ... se lo puede ver ansioso, esa ansiedad está por ahí dada por el miedo, a lo que puede venir, generalmente por miedo a la muerte, también un estado de enojo, rabia, irritabilidad, insomnio, y otras tantas cualidades que se pueden dar que uno las puede percibir. Esto puede traer aparejado una cuestión depresiva... Dentro de esta cuestión depresiva, también se ve que el paciente pierde su estatus,” (E6)

o Experiencias en el cuidado vinculado al dolor total

En los entrevistados se observa un conocimiento de la necesidad de brindar un cuidado holístico.

“Hay que atender a la persona en su totalidad” (E1)

“Entonces lo ideal es conocer a toda la familia” (E1)

“No solo satisfacer sus necesidades sino también al familiar”. (E2)

“Por eso para mí es muy importante no solo el paciente sino el entorno del paciente; su familia, educarlos a ellos, motivarlos”. (E2)

“Nosotros vemos al usuario, la persona de manera holística en todo su contexto en todo su entorno” (E3)

“El estado de esa persona no es el dolor en ese momento sino su contexto con su familia en quién cree, en su cultura y demás” (E3)

En relación con las estrategias no farmacológicas se reconocen los siguientes cuidados para aliviar la dimensión física: mantener el confort, alimentación e hidratación, higiene, prevención de lesiones en piel y favorecer el descanso y sueño.

Los cuidados se vinculan básicamente con la dimensión física, pero se reconocen que influyen positivamente en otras dimensiones humanas.

“Y, bueno he, la higiene en cama, el movilizarlos con cuidado en bloque con ayuda de la familia, no apurado, tranquilo, evitar la humedad, de las arrugas en... es importantísimo porque no sabemos cuántos días van a estar, entonces evitar agregarle un problema más a lo que tienen. El tema de las escaras, rotarlo... la alimentación... el hidratarlo... el dormir, el descanso. Sobre todo, si la persona no pudo dormir a la noche por x motivo” (E4)

“Tratar de relajarlo, de bañarlo, de su masaje...Bañarle, conversarle, echarle crema, hacerle masajes, tratar de llevarlo a otro punto no, no a solo pensar de que está enfermo y que en algún momento se va a morir...masaje en la espalda para que mejore la circulación, para que tanto tiempo apoyado de espalda haciéndole un masaje se alivie, como para que no haya tanto enrojecimiento, no un masaje específico”. (E5)

- Percepción acerca de estrategias no farmacológicas
  - o Saberes acerca de las terapias alternativas
  - o Percepción acerca de la aplicación de terapias
  - o Cuidados a brindar durante la aplicación de terapias alternativas

Entre las estrategias no farmacológicas que se realizan se encuentra el estar ahí; masajes, acompañamiento, educación, métodos de relajación y respiratorios, ofrecimiento de servicio religioso como llamar al sacerdote o pastor. Los resultados indican que los enfermeros participantes no aplican las terapias alternativas; sólo son mencionadas por la mayoría de los profesionales o utilizadas por decisión de las personas que padecen el dolor. No hay cuidados centrados en las terapias alternativas específicamente. Subyacen en algunos relatos que acreditan que la enfermería continúa centrada en la práctica. Solo una de las profesionales entrevistadas realizó una capacitación sobre terapias Alternativas. Tres personas coinciden que las estrategias no farmacológicas se deben complementar con los tratamientos médicos, y no reemplazar. Se mencionan algunas terapias alternativas como reiki, acupuntura, musicoterapia, reflexología entre otras; pero no se advierte conocimiento sobre las mismas. Si se mencionan algunas consideraciones al momento de aplicarlas como brindar cuidados individualizados y complementar las terapias alternativas con los fármacos y no reemplazarlos.

Los relatos nos dicen:

“No las conocemos bien, porque yo lo que se de terapias alternativas es muy así básico; por ejemplo, acupuntura en mí me daría miedo hacerme; creo que eso también al desconocerlas,” (E1)

“Crea estas falsas expectativas de soluciones mágicas que no existen” (E4)

“Bueno lo que es manos, pies y orejas muchas terminaciones nerviosas. En cada punto de nuestra mano tiene un órgano viste, entonces vos pone le un dolor de cabeza vos masajear en los pies y es impresionante sí, se pasa.” (E5)

Me gusta el hecho de poder hacer algo más aparte de lo tradicional; de la medicación; aliviar este... o el descanso con el masaje... y que se alivie el dolor, que se relaje más. (E5)

“Practicar una técnica que la conozco porque viene desde mi padre, pero acá no la había visto utilizar acá en salud” (E6)

“Evaluar en cada paciente cual es la mejor terapia alternativa” (E2)

“Pero no era el aceite de cannabis, la dosis que se recomienda” (E4)

“Una terapia alternativa si quieres llamarlo así, nunca va a reemplazar, nunca reemplaza al tratamiento específico médico” (E3)

“Y que en esa situación están pidiendo por favor que venga algún Pastor o algún cura o alguien para que venga a interceder desde su fe para abogar por el estado de su niño y a eso me refiero en el complemento. (E3)

“... esa persona se aferró he... cada persona lo vive de una manera muy especial y se respeta” (E4)

“Aliviar el dolor. Masajear..., cada lugarcito tiene su órgano y vos lo vas masajeando. Aliviar el dolor de oído, el dolor de cabeza, la columna (...) Lo que es pies, mano y oído. Muy bueno (...) sí me gusta lo que es crema, por ahí masaje eso sí. Acupuntura y viste que todo eso también (...) masaje del dolor y reflexología”. (E5)

“Y donde me doy cuenta de que este tipo de pacientes con el masaje podal podemos llegar a tener otra alternativa de calmar y de ayudar a relajar a un paciente”. (E6)

### **Categorías emergentes**

En relación con las categorías que emergen se han recuperado las siguientes

- o Sentimientos que genera el dolor del otro / de quien lo padece:

Surgen sentimientos encontrados: “negativo” como: angustia, tristeza, dolor, impotencia, bronca por la persona que sufre y de “satisfacción” por brindar ayuda a esa persona a través de la empatía, escucha activa y acompañamiento.

Los relatos nos dicen:

“Te pones en los zapatos de ese paciente”; (E2)

“Al menos ponernos en el lugar del otro” (E3)

“Lloro...Hoy por hoy sigo llorando y me doy cuenta de que si no lloro en su momento después lo hago ya, y me siento aliviada (E1)

“...Que tiene que ver con la empatía que depende de cada uno de los enfermeros. Que eso es innato de cada uno, aquellos que están realmente destinado a ser la vocación de enfermería”. (E2)

” Básicamente tiene que haber algún tiempo, respeto, la escucha activa.”  
(E4)

“Nosotros, bueno en ese ese momento, el permanente acompañamiento, estar ahí, cerca... el estar cerca siempre, al lado, agarrándole la mano ellos sienten que es muy importante esa parte humana, la parte afectiva desde... uno a veces se involucra con la persona y no es solamente una relación fría.” (E4)

“Dios por favor esto no es vida, porque te pregunta muchas veces, no sé qué tipo de sentimiento es ese. De bronca, de impotencia, muchas veces, porque, a ver, vos le calmas el dolor, le alivias algunos síntomas, pero el problema sigue estando.” (E4)

“Y angustia, tristeza, dolor porque a veces hay pacientes que pueden ser tus propios hermanos. ...sentimientos negativos”. (E2)

- o Motivos por los que no se aplican las estrategias no farmacológicas (referido a las terapias alternativas) No son convencionales, por desconocimiento, limitación de tiempo y recursos, falta de capacitación.

Los relatos refieren:

“Creo que al desconocer uno tiene miedo, creo que por eso no se aplican, pero deberían”. (E1)

“Al no estar capacitado muchos compañeros de enfermería no podés ofrecer el servicio” (E2)

“Entonces no estás tan informado en todo el equipo de salud. He...el resto del equipo de salud que debe de suceder en el hospital es muy estructurado; no, hace la medicación evaluar si tiene efectos adversos y no mucho más” (E4)

- o El aspecto religioso en el cuidado de personas en estado crítico o en el final de la vida

Algunos de los calificativos mencionados son la fe, el apoyo espiritual, la religión, el credo, Dios, la oración, fortaleza espiritual. Estas expresiones son consideradas al momento de sobrellevar la situación y de favorecer al bienestar de la persona.

Los relatos refieren:

“La fe es algo re importante, lo espiritual, la religión; ese apoyo espiritual es importante en cualquier situación es importante”. (E2)

“Siempre digo si yo tengo la capacidad de lograr fortalecerme, de entender que sanarme a mí misma no sé, con el amor con el perdón y



demás, creo que voy a tener la capacidad para poder mirar en el otro su necesidad” (E3)

“No le calmaba el dolor y...Esta persona se aferró a Dios, en este caso la fe es fundamental, en todo momento y aún con todo el dolor del mundo, esta persona... yo es la primera vez que lo experimento no; en todo momento le agradecía a Dios...” (E4)

“También acompañar, intentar, este valorar o averiguar no, el credo de esa persona que lo que necesita para yo aportar desde mi parte” (E3)

Una de las entrevistadas hace hincapié en que se entrelazan sus propias creencias con la de las personas enfermas.

“Sí, me ha pasado muchas veces es que va en contra de lo que yo creo”  
(E3)

## DISCUSIÓN

- Percepción acerca del dolor total
  - o Significado atribuido al dolor total

Esta percepción se “identifica” en los-as entrevistados-as ya que reconocen al dolor total mencionando todas las dimensiones humanas. Dando algunos ejemplos de manifestaciones de este.

Los entrevistados no hacen mención literal al dolor o dimensión espiritual, como si lo hacen con las otras dimensiones; pero sí lo referencian como el “dolor del alma”; al igual que lo define Uribe Velásquez, Lagoueyte Gómez, (2014) En este sentido la percepción está focalizada, a partir de sus vivencias o mecanismos vivenciales, tal como lo describe Vargas Melgarejo (1994). En el plano consciente los entrevistados reconocen y describen al dolor total y dan cuenta de ello en los relatos lo que implica que reconocen su existencia, en el plano inconsciente a través de un proceso de inclusión lo identifican como una manifestación relevante que modifica sustancialmente la vida individual y familiar de quien lo padece.

Por lo que se interpreta que los entrevistados perciben que el dolor influye en todas las áreas del ser humano, comprometiendo todas sus dimensiones tornándose en el “eje central de la vida” de este; tal como lo describe Saunders, C (citado por Astudillo, et al. 1999) y por lo tanto está haciendo referencia al dolor total.

La percepción da cuenta, también de un dolor individual, no semejante o igual entre todas las personas que lo padecen. En este sentido la descripción del

dolor es semejante a la evidencia aportada por Sellan Soto (2012) cuando refiere: el dolor es personal, subjetivo, cultural y socio histórico.

La percepción sobre los síntomas del dolor total mencionado por los entrevistados concuerda con algunos de los síntomas mencionados con anterioridad por Vanegas de Ahogado et al. (2008) y Con Velasco, et al. (2008) como por ejemplo “depresión” e “irritabilidad” entre otros.

- Experiencia en el cuidado a personas con dolor.

En todos los relatos se recupera la necesidad de reconocer el dolor total y tratarlo. Teniendo en cuenta a la persona en su contexto. En consideración con lo que refieren Gálvez Lopera y Naranjo Quintero (2017) “es importante reconocer el dolor desde su integralidad”, Se reconoce el valor que tiene la familia al momento de acompañar a la persona que está pasando por esta situación al igual que hace alusión Díaz-Morales, et. al, (2019) y; se considera que debe ser tenida en cuenta a la misma como unidad de cuidado. Muchos son los indicativos que muestran que la familia padece el dolor total junto a su ser querido, especialmente los referidos a los sentimientos que genera cuando lo acompañan.

El cuidado espiritual es una práctica de cuidado trascendental para los profesionales de enfermería; sin embargo, no hay un consenso sobre su significado ni de los cuidados profesionales a realizar. En concordancia con Uribe Velásquez y Lagoueyte Gómez (2014) el cuidado espiritual continúa siendo difuso; entre los cuidados mencionados por los participantes están: acompañamiento, estar ahí, relajación, respiración, masajes, distracción,

empatía y escucha activa, pero no son interpretados por los participantes como cuidado de enfermería sino como parte de la vocación innata o valores de cada profesional en particular. Según López Ruíz (2000) “a cuidar se aprende” (p.182) El campo propio del accionar de enfermería es brindar cuidados reconocidos y fundamentados con criterios científicos. Para Arroyo (citada por López Ruíz) la idea de una llamada interior o las buenas intenciones no significan atributos de una práctica disciplinar. En este sentido el vocablo “vocación” debiera entenderse como tener *“sensibilidad suficiente para dejarse impactar por el sufrimiento concreto, por el dolor único e irrepetible del que está a nuestro cargo, y sentirse responsable de él”* (p.182).

El bienestar espiritual es indispensable para aliviar el dolor total y para la rehabilitación del que lo padece.

El alivio de los síntomas del dolor total es esencial y las estrategias no farmacológicas pueden ayudar a disminuir esos síntomas permitiendo que enfermería realice cuidados humanizados, integrales, individualizados; es decir acordes a la necesidad y condición humana de la persona.

Se puede comprender que hay una mirada integral sobre el cuidado de la persona porque además tiene en cuenta la educación de la persona, cuidados domiciliarios, reconoce aquellas personas denominadas curanderas /os o yuyeros que pueden ayudar a sobre llevar la situación de dolor con “la libertad y las oportunidades que tienen las personas para conseguir los valores que quieren vivir y de las características sociales e individuales que permiten alcanzarlos” (Veliz-Rojas, et al. 2017, p. 10)

- Percepción acerca de Estrategias no farmacológicas
  - o Saberes acerca de las terapias alternativas
  - o Percepción acerca de la aplicación de terapias
  - o Cuidados a brindar durante la aplicación de terapias alternativas
  
  - o Saberes acerca de las terapias alternativas

Se observa que hay un desconocimiento por parte del personal de enfermería sobre las terapias alternativas (entiéndase Reiki, acupuntura, reflexología, etc.) y al no tener conocimiento sobre estas, no hay un cuidado específico sobre las mismas aplicado a las personas en situación de dolor total. Y por lo tanto no se puede tener una percepción de aquello que se desconoce. Siguiendo a Vargas Melgarejo (1994) el proceso de percepción incluye *mecanismos vivenciales* tanto conscientes como inconscientes. Es decir que, no se puede hacer reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicio de aquello que es desconocido. De este modo puede comprenderse que hay ideas o sensaciones acerca de las terapias alternativas y no percepciones.

- o Percepción acerca de la aplicación de terapias

Los entrevistados si bien no las conocen, entienden que como complementarias, pueden formar parte del tratamiento médico. En esto concuerdan con la teoría de Vanegas de Ahogado et al. (2008), quien considera técnicas no farmacológicas a aquellas terapias que, generan una

acción sinérgica al combinarse con los procedimientos terapéuticos médico-farmacológicos, por ejemplo, reiki, reflexología podálica, esencias florales entre otras.

Se recupera la necesidad de trabajar desde una capacitación formal para todos los profesionales de enfermería y no sólo para cuidados paliativos y llevar al cuidado enfermero nuevas técnicas que contribuyan al cuidado integral de la persona, considerando lo expresado por Vanegas de Ahogado, et al. (2008) quienes refieren a las terapias alternativas como medio para llegar a la totalidad de la persona.

o Cuidados a brindar durante la aplicación de terapias alternativas

Dado que no se aplican las terapias alternativas (reiki, reflexología, aromaterapia, entre otras) no se describen cuidados.

Por lo mencionado se interpreta que no es suficiente con mencionar o nombrar las terapias alternativas. Se requiere de un aprendizaje científico que permita transferirlo a la práctica con el objetivo de planificar y brindar un cuidado profesional.

En relación con las categorías que emergen se han recuperado las siguientes

- Sentimientos que genera el dolor del otro / de quien lo padece
- Motivo por lo que no se aplican las terapias alternativas.
- El aspecto religioso en el cuidado de personas en estado crítico o en el final de la vida

- Sentimientos que genera el dolor del otro / de quien lo padece.

Se percibe a la empatía y la escucha activa como un recurso para brindar cuidados de enfermería de calidad, pero no se ve reflejado como característica propia que materializa el cuidado enfermero. En consonancia con lo expresado por López Ruíz al referirse a la vocación disciplinar, para Marques Andrés (1996) el cuidado se constituye con cinco elementos fundamentales, entre ellos, la actitud empática y la escucha activa.

Para los entrevistados la empatía implica ponerse en el lugar de la persona que sufre, sentir lo que ella siente y tratar a esa persona como a si mismo le gustaría que lo traten, o, como si fuese familiar.

En este sentido Restrepo (2017) define a la actitud empática como una capacidad de comprender las experiencias, preocupaciones y perspectivas de otra persona, sumado a la capacidad de comunicar este entendimiento que debe mostrar todo profesional al comunicarse con la persona a cuidar, en tanto que, la escucha activa es aquella predisposición que se muestra para escuchar todo lo que la persona a cuidar quiera manifestar, sin abrir juicio de valor, sin dirigir la conversación.

Al considerar estas características del cuidado como “recursos”, puede interpretarse que se pueden, o no, utilizar. Algunos de los entrevistados visualizan estas actitudes como parte de la vocación innata o valores de cada profesional en particular y no como constitutivas del cuidado enfermero como ya se referenció anteriormente con Marques Andrés (1996).

Se percibe la escucha activa como un arte que se aprende de un quehacer diario que debe hacerse sin interrupción para que la persona exprese libremente su dolor y poder interpretar con claridad lo que quiere decir sin necesariamente omitir opinión. Para Hernández Castro J. (2017) otro de los grandes logros de la medicina complementaria es: el poder de escuchar, de dejar hablar, de dejar expresar sentimientos escondidos.

A veces la persona no logra verbalizar y esa comunicación puede ser no verbal; es decir: puede ser mediante gestos o simplemente silencios. Es ahí donde el profesional debe proporcionarle mayor atención al lenguaje no verbal. A veces un silencio puede decir más que una palabra; se debe respetar ese tiempo de silencio e interpretar que quiso decir con ese gesto.

Otro de los cuidados que se ve reflejado es el acompañamiento, definido por los entrevistados como: “estar siempre cerca de la persona con dolor total, tomarle la mano e involucrarse con la persona”. En concordancia con el diccionario de la Real Academia Española, (mencionado por Veliz-Rojas, et al. 2017, p. 10) refieren que acompañar también significa “participar en los sentimientos de alguien”. Además, los entrevistados hacen referencia a “Estar ahí”; hacer presencia como forma de brindar cuidado en correspondencia con Velázquez et al. 2014, p.261.

Es importante que el profesional de enfermería conciba que la persona acompañada es la protagonista y que el acompañante es quien se adapta a sus necesidades, demandas, prioridades y valores, lo cual requiere la



capacidad de empatía, el saber escuchar y responder a las necesidades del otro.

- Motivos por los que no se aplican las terapias alternativas.

Los motivos por lo cual manifiestan no aplicarla son: no son convencionales, por desconocimiento, falta de capacitación, falta de tiempo.

En consideración con lo que refiere Hernández Castro J. (2017) “Estas técnicas son una gran demostración del poder del alivio”.

Está claro que para utilizarlas se requiere de una preparación previa y de la voluntad primeramente de la persona a utilizarla, segundo, del profesional a ejercerla.

- El aspecto religioso en el cuidado de personas en estado crítico o en el final de la vida

Una de las entrevistadas hace hincapié en que se entrelazan sus propias creencias con la de las personas enfermas, pero lo relevante es que acompañan las creencias de las personas que cuidan y permiten la expresión de estas.

No se trata de convertir los cuidados enfermeros en prácticas religiosas, pero sí de tener en cuenta la dimensión espiritual del ser humano para brindar un cuidado integral y que la persona aumente su calidad de vida en todas sus dimensiones, teniendo en cuenta la espiritualidad como “esencia” del ser humano tal como lo describe Palacio Vargas, C.J. (2015).

CAPÍTULO V  
CONCLUSIONES Y  
CONSIDERACIONES FINALES

## CONCLUSIONES:

La investigación realizada permitió responder al interrogante inicial acerca de las percepciones vinculadas al dolor total y al uso de las terapias no farmacológicas (como modificaciones sobre el estilo de vida y Terapias Alternativas y/complementarias).

- Percepción acerca del dolor total:

Está claro que los entrevistados no presentan dificultad para reconocer el dolor total y todas sus dimensiones dando razón del ser humano como un ser holístico, incorporando a la familia como unidad de cuidado y dando algunos ejemplos de manifestaciones de este, el “dolor total”.

En este sentido la percepción está focalizada, a partir de sus vivencias o mecanismos vivenciales. Refieren que la persona puede padecer dolor total haciendo referencia al “dolor del alma”

- Percepciones acerca de las estrategias no farmacológicas:

Se concluye que hay un desconocimiento por parte del personal de enfermería sobre las terapias alternativas (reiki, reflexología, acupuntura entre otras). Sin embargo, reconocen aquellas estrategias no farmacológicas vinculadas al cuidado enfermero tales como el confort físico y espiritual.

Todos los entrevistados perciben las terapias alternativas como complementarias con los tratamientos médicos.

Considerando estas conclusiones se sugiere lo siguiente:

SUGERENCIAS:

- Se sugiere a los profesionales de enfermería tener en cuenta la percepción del dolor total y de las estrategias no farmacológicas al planificar cuidados enfermeros con el fin de satisfacer integralmente las necesidades de las personas cuidadas;

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Astudillo, W., Mendinueta, C., Astudillo, E., y Gabilondo, S. (1999). Principios básicos para el control del dolor total. *Revista de la Sociedad Española Del Dolor*, 6 (1), 29-40  
[http://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/El-dolor-total-1999\\_01\\_06.pdf](http://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/El-dolor-total-1999_01_06.pdf)
- Belardo, M.A., Starvaggi, A., Cavanna, M.M., Pilnik, S. (2017). Estrategias no farmacológicas para el manejo de los síntomas vasomotores en la menopausia. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 64 (1), 61-67  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322018000100009](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000100009)
- Cabrera, Adán, M., Lluch, Bonet, A y Casas Olazábal, I. (2008). Reflexiones sobre el dolor no físico y sufrimiento desde la perspectiva de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 24 (3-4), 1-14. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192008000300006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192008000300006)
- Castillo, E. y Vásquez, M.L. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica*, 34 (3), 164-167. Recuperado de  
<https://redalyc.org/pdf/283/28334309.pdf>
- Castillo Espitia, E (2000). La fenomenología interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos. *Investigación y Educación en Enfermería*, XVIII (1), 27-35. Recuperado de  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5331870>

Cuesta Antelo, M.I., Román Medina, I., y Camps Moranta, M. (2012)  
Valoración del dolor y su tratamiento en pacientes ancianos  
dependientes. *Evidentia*, 9(37).

<https://www.index-f.com/evidentia/n37/ev7539r.php>

Díaz-Morales, K., Reyes-Arvizu, J., Morgado-Nájera, K., y Everardo-  
Domínguez, D.M. (2019). Síntomas en niños con cáncer y  
estrategias de cuidado familiar. *Revista Cuidarte X* (1) ,1-

11. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732019000100207&lng=es&nrm=iso)

[script=sci\\_arttext&pid=S2216-](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732019000100207&lng=es&nrm=iso)

[09732019000100207&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732019000100207&lng=es&nrm=iso) [Revista Cuidarte](#)

Gálvez Lopera, C. A., y Naranjo Quintero, V. (2017). El dolor humano: una  
respuesta de las ciencias de la salud y una reflexión del dolor  
espiritual para la formación de los cuidadores paliativos. *Escritos*,  
XXV (55), 419-436. <http://dx.doi.org/10.18566/escr.v25n55.a04>

González Gil, T. y Cano Arana, A. (2010) Introducción al análisis de datos  
en investigación cualitativa: tipos de análisis y proceso de  
codificación (II) *Nure Investigación*, (45),1-10 recuperado de [https://  
www.researchgate.net/publication/262673062\\_Introduccion\\_al\\_anali  
sis\\_de\\_datos\\_en\\_investigacion\\_cualitativa\\_Tipos\\_de\\_analisis\\_y\\_pro  
ceso\\_de\\_codificacion\\_II](https://www.researchgate.net/publication/262673062_Introduccion_al_analisis_de_datos_en_investigacion_cualitativa_Tipos_de_analisis_y_proceso_de_codificacion_II)

Hernández Castro, J. J. (2017). La mal llamada medicina alternativa.  
*Revista Ciencia de la Salud*, XV (1) ,5-6.

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1692-](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732017000100001&lng=es&nrm=iso)

[72732017000100001&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732017000100001&lng=es&nrm=iso)

López Ruiz, J. (2000). Reflexiones en torno a la idea de vocación. *Enfermería Clínica* 10 (5) ,181-184.

López Sánchez, J.R. y Rivera Largacha, S. (2018) Historia del concepto de dolor total y reflexiones sobre la humanización de la atención a pacientes terminales. *Revista Ciencias de la Salud*. XIV (2) ,340-356.  
<http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6773>

Marques Andrés, S (1996) Cuidar con Cuidado. *Enfermería Clínica* 5, (6), 266-268. <http://www2.ulpgc.es> > hege.

Merlino, A (Coord.) (2009) *Investigación cualitativa en Ciencias Sociales*. Cengage Learning.

Pardo, A. (2018). "Percepción del dolor y del sufrimiento: Una mirada desde la Enfermería y desde los registros". [Tesis de grado, Universidad Nacional del Comahue. Neuquén – Argentina]. Recuperado de <http://rdi.uncoma.edu.ar/bitstream/handle/123456789/6773/Tesis%20Alejandra%20Pardo.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

Palacio Vargas, C.J. (2015). "La espiritualidad como medio de desarrollo humano" *Cuestiones Teológicas*, 42 (98),459-481  
<http://www.scielo.org.co/pdf/cteo/v42n98/v42n98a09.pdf>.

Pérez García, E. (2016). Enfermería y necesidades espirituales en el paciente con enfermedad en etapa terminal. *Cuidados Humanizados*, V (2) ,41-45. <http://www.scielo.edu.uy/sciel.php?>

Reyes, M.M., De Lima, L., Taboada P., Villarroel, L., Vial, J de D., Blanco, O., González, R., Parra, I., Toledo, G., Bonati P. y Nervi F. (2017). Escala numérica para evaluar síntomas espirituales en cuidados paliativos. *Revista Médica de Chile*, 145 (6), 747-754. <https://www.scielo.conicyt.cl/scielo.php>.

Sánchez Herrera, B. (2003). Abordajes teóricos para comprender el dolor humano. *Aquichán*, III (1), 32-41 <http://www.redalyc.org/aquichan@unisabana.edu.co>.

Sánchez Herrera, B. (2008) Comparación entre el bienestar espiritual de pacientes del Programa de Enfermería Cardiovascular y el de personas aparentemente sanas. *Avances en enfermería*, XXVI (1), 65-74. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12886/13482>

Sánchez Quiles, F., Gutiérrez Gascón, J. y del Pino Casado, R. (2014). Frecuencia del uso de terapias alternativas/complementarias (tac) en pacientes con enfermedades hematológicas ingresados en la unidad de hematología del Hospital Universitario de Jaén. *Medicina naturista*, 8 (2) ,31-36. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4847900>

Sartori. A. L., Vieira, F., Almeida, N.A.M., Becerra, A.L.Q. y Martins, C.A. (2011). Estrategias no farmacológicas para aliviar el dolor durante el



- proceso del parto. *Enfermería Global*, (21) ,1-9. Recuperado de <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n21/revision4.pdf>
- Sellán Soto, M.C., Díaz Martínez, M.L., y Vázquez Sellán, A. (2012) Valoración del dolor y aplicación de intervenciones terapéuticas enfermeras en el paciente neonatal y pediátrico, en contextos asistenciales hospitalarios. *Revista Cubana de Enfermería* 28, (2) ,144-155 <http://www.scielo.sld.cu/scielo.php>
- Tobos de Álvarez, L.S (2000) Promoción de la vida saludable complementado con la terapia alternativa. En Grupo de Cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. (Ed.), *Cuidado y práctica de enfermería* (pp.241-243). Unibiblos.
- Toro Torres, C. A. (2017) Dolor y sufrimiento, una perspectiva desde el alma. *Revista Colombiana De Medicina Física Y Rehabilitación*, 27(1) ,10-12 <https://revistacmfr.org/index.php/rcmfr/article/download/192/169>.
- Triana Restrepo, M. C. (2017) La empatía en la relación enfermera-paciente. *Avances en Enfermería*, 35 (2) ,121-122. Doi: 10.15446/av.enferm.v35n2.66941
- Uribe Velásquez, S.P., y Lagoueyte Gómez, M.I. (2014). “Estar ahí”, significado del cuidado espiritual: la mirada de los profesionales de enfermería. *Avances en Enfermería*, XXXII (2) ,261-270. <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v32n2/v32n2a10.pdf>
- Vanegas de Ahogado, B. C., Calderón Perilla, A. Y., Lara Suárez, P. M., Forero Archbold, A., Marín Ariza, D. A., y Celis Rincón, A. (2008).

Experiencias de profesionales de enfermería en terapias alternativas y complementarias aplicadas a personas en situaciones de dolor.

*Avances en enfermería* XXVI (1) ,59-64.

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-45002008000100006&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002008000100006&lng=es&nrm=iso)

Vargas Melgarejo, L. (1994). Sobre el Concepto de Percepción. *Revista Alteridades*,4(8),47-53.

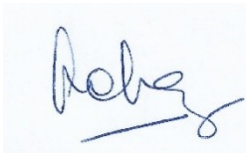
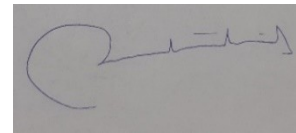
<https://psb012.files.wordpress.com/2013/05/sobre-el-concepto-de-percepcic3b3n.pdf>

Velasco, M.L., Arche Cano, J.F., Bonilla Merizalde, J.; Cabrera, E., Morales Veneras, G., y Santamarina R. (2008). Manual de Urgencias Médicas (guía para enfermeros y paramédicos). 387 recuperado de

[www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/4827](http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/4827)

Veliz-Rojas, L. y Bianchetti-Saavedra, A. (2017). Acompañamiento y cuidado holístico de enfermería en personas con enfermedades crónicas no adherentes al tratamiento. *Enfermería Actual de Costa Rica*, (32), 186-196. <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i32.26989>

## HOJA DE FIRMAS



Co- Directora

Tesista

Directora

Lic. María Cristina Carbajal

Alejandra Hernández

Lic. Silvia E.

Vílchez