



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE

FACULTAD DE CIENCIAS DEL AMBIENTE Y LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

CARRERA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

**INFORME FINAL TESIS DE GRADO PARA OPTAR AL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

Presentado por:

Enf. Alejandra Lorena Pardo - Legajo Número: 65236

Email: pardoyiyi@yahoo.com.ar

Directora: Lic. María Cristina Carbajal

Co Directora Lic. Natalia Massaux

Neuquén Septiembre 2018

“Percepción del
dolor y del
sufrimiento: Una
mirada desde la
Enfermería y desde
los registros”

Índice

Contenido:	Página:
Dedicatorias -----	04
Agradecimientos -----	05
Resumen -----	07
Introducción -----	10
 <u>Capítulo I</u>	
Origen de la Idea de Investigación -----	14
Delimitación y Planteo del Problema -----	17
Objetivos -----	18
 <u>Capítulo II</u>	
Revisión Bibliográfica	
• Estado del Arte -----	20
• Marco Teórico -----	37
Operacionalización de las Variables y categorías -----	62
 <u>Capítulo III</u>	
Contexto del Área de Estudio -----	67
Diseño Metodológico -----	71
Fundamentación -----	76
 <u>Capítulo IV</u>	
Presentación Análisis e Interpretación de las variables y categorías	
Estudiadas -----	79

Capítulo V

Conclusión -----	120
Recomendaciones -----	124
Bibliografía -----	125
Anexos -----	138

Dedicatorias

Al Creador de todas las cosas, el que me ha dado la sabiduría y fortaleza para continuar cuando he querido abandonar: por ello, con toda la humildad que de mi corazón puede emanar, dedico primeramente mi trabajo a Dios.

De igual forma, dedico esta tesis a mis padres que han sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores, lo cual me ha ayudado a salir adelante en los momentos más difíciles.

A mi hermana que siempre ha estado junto a mí, brindándome su apoyo y sabios consejos.

A mi bella hijita que con su sonrisa y abrazos me dan la fuerza para que cada día siga adelante, a pesar de todo.

Agradecimientos

Dios, tu amor y tu bondad no tienen fin, me permites sonreír ante todos mis logros que son resultados de tu

ayuda, y cuando caigo me pones a prueba, aprendo de mis errores y me doy cuenta de lo que pones en frente mío para que mejore como ser humano, y crezca de diversas maneras.

Este trabajo de tesis ha sido una gran bendición en todo sentido y te lo agradezco padre, y no cesan mis ganas de decir que es gracias a ti que esta meta está cumplida.

Gracias a mis padres por estar siempre presentes por su apoyo incondicional y sus continuos consejos para que siga adelante a mi hermana, mi cuñado y sobrinos que tanto amo una pieza clave en mi vida.

Gracias a mi bella hijita que con su cortita edad ha sabido entenderme, eres el motor de mi lucha diaria, mi orgullo y alegría en cada momento que hacen de mí una madre que quiere llegar lejos.

Gracias a mi Directora de Tesis María Cristina Carbajal y Co-Directora Natalia Massieu por sus esfuerzo y dedicación.

Sus conocimientos, sus orientaciones, sus maneras de trabajar, persistencia y paciencias y sus motivaciones han sido fundamentales para mi formación.

Resumen:

Introducción: El dolor es una experiencia subjetiva que solo puede evaluarse por declaración de quien lo sufre, por ello enfermería debe utilizar instrumentos y modos de abordaje validados y adecuados a la situación de cada usuario que reflejen las manifestaciones de dolor en todas las dimensiones humanas

Así como el dolor y el sufrimiento es propio de cada individuo, también lo es su manera de interpretarlo no solo para quien lo vive sino también para quien participa en su tratamiento y alivio

Objetivos: Describir la Percepción del personal de enfermería acerca del dolor y sufrimiento y caracterizar los registros de enfermería referidos a la valoración y planes de cuidados brindado a los usuarios hospitalizados con diferentes patrones funcionales alterados

Diseño Metodológico: Esta investigación siguió una estrategia cuali-cuantitativo, de tipo descriptiva.

Se analizaron 72 registros de enfermería considerando los siguientes criterios de inclusión: motivo de internación vinculado con el dolor, 48 horas o más de internación. La segunda unidad de análisis estuvo constituida por técnicos y profesionales de enfermería, se entrevistaron 6 personas.

Para la recolección de datos se utilizaron dos instrumentos: se utilizó lista cotejo, lo que permitió extraer información de los registros de enfermería. Se utilizó entrevista en profundidad con el propósito de describir la percepción del personal.

Resultados: Se observa 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).

Las narraciones obtenidas muestran que al individuo se lo clasifica, rotula y se lo estigmatiza, se le administran placebos a las reiteradas quejas de dolor por

parte del individuo, lo que impide realizar una valoración completa y exhaustiva este.

Por otra parte los datos perceptuales muestran una escasa información sobre la valoración del individuo hospitalizado con dolor, y los planes de cuidados brindados. No se logra identificar las alteraciones multidimensionales que acompañan la presencia de dolor en los usuarios.

Se observa que hay diferentes Percepciones del personal de Enfermería en cuanto al usuario hospitalizado con dolor, percepciones que se ven influenciadas por prejuicios, supuestos que ponen en riesgo la salud directa del usuario.

En tanto que la lectura de los registros permite identificar que es escasa la información que registra el personal de enfermería en relación a las alteraciones que manifiestan los usuarios con dolor.

Summary:

Introduction: Pain is a subjective experience that only it can be evaluated by declaration of who is suffering, why nursing should use instruments validated and adapted to the situation of each user that the manifestations of pain reflected in all dimensions human

As well as the pain and suffering it is each individual's own, it is also his way of interpreting it not only for those who live it but also for those who participate in its treatment and relief

Objectives: Describe the perception of nursing staff about the pain and suffering and characterize the nursing record referred to the valuation and plans of care provided users hospitalized with different functional patterns altered

Methodological design: This research followed a quali-quantitative, descriptive strategy.

72 nursing record considering the following inclusion criteria were analyzed: reason for hospitalization associated with pain, 48 hours or more of internment. The second unit of analysis was made up of technicians and professionals in nursing, 6 people were interviewed.

Two instruments were used to collect data: used list matching, allowing you to extract information from the records of nursing. It used interview in depth in order to describe the perception of staff.

Results: Shown a direct relationship between the results obtained through the narrations and those obtained through the list comparison (read registers nurses).

Obtained narratives show that the individual classifies, patella and stigmatized it is, are given placebos to the repeated complaints of pain by the individual, which prevents to carry out a full assessment and thorough East.

On the other hand perceptual data shows a little information on the assessment of the individual patient with pain, and provided care plans. Cannot identify the multidimensional changes that accompany the presence of pain on the users.

Shows that there are different perceptions of nursing personnel in terms of user hospitalized with pain, perceptions that are influenced by prejudice, alleged that put at risk the direct health of the user.

While the reading of records identifies that there is little information that registered nurses in relation to alterations that show users with pain.

Introducción:¹

El dolor es una manifestación considerada como un signo de alarma o consecuencia de una situación patogénica de peligro, es una experiencia humana universal, que han sufrido todos los individuos de todas las razas, en múltiples momentos de la vida, es el motivo frecuente para la solicitud de atención sanitaria, así como la primera señal de múltiples patologías (Gómez-Torres, D. Maldonado Gonzales, V. Reyes Roble, B. y Muciño Carrera, A. 2014, pag.234).

Gutiérrez-Giraldo, G. (2001) afirma que “La concepción del dolor y su manejo ha sufrido transformaciones desde lo místico y sobrenatural desde la antigüedad hasta el interés actual, centrado en el estudio molecular, sin descuidar el componente social, cultural y emocional. Sin embargo, la realidad que se ha vivenciado en la práctica clínica en el abordaje del dolor por parte de los profesionales se ha reducido al control fisiológico y farmacológico y ha dejado atrás el componente social, emocional y sus repercusiones” (p.2).

La International Association for the Study of Pain (IASP) (1979) define al dolor Como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular presente o potencial descrita en términos de tal lesión”. (p. 249-252).

En consecuencia el dolor es una experiencia subjetiva que solo puede evaluarse por declaración de quien la sufre, utilizando instrumentos validados y adecuados a la situación de cada persona.

En un usuario hospitalizado la falta de alivio del dolor tiene importantes repercusiones, no solo por el sufrimiento innecesario sino también por complicaciones y retrasos en las altas, con el consiguiente incremento de los costes asistenciales.

¹ En este informe se citan autores siguiendo las Normas APA, 6º Edición.

Por tanto un tratamiento eficaz del dolor, además de disminuir los costes, mejora la calidad asistencial, disminuye las complicaciones secundarias y proporciona mayor confort, situación que cada día demanda más el usuario y la sociedad en general.

En la actualidad y en un esfuerzo por superar esta barrera y hacer del dolor una prioridad en el cuidado enfermero, los principios de la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones Sanitarias (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2008). Apoyan la valoración del dolor como un quinto constante vital.

Como profesionales de la salud desempeñamos un papel muy importante en el manejo y abordaje del dolor. No basta con administrar analgésicos y desdeñar la verdadera experiencia del dolor. Es necesario mirar más allá y profundizar en su verdadero significado no sólo desde el punto de vista teórico, sino práctico-vivencial, por las personas que lo padecen.

Se debe registrar la valoración del dolor y el sufrimiento del usuario de forma regular y sistemática en los registros clínicos de cada uno.

Esta investigación 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 Heller de la Ciudad de Neuquén Capital.

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

Los resultados de esta Investigación nos muestran que se observa 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).

Las narraciones obtenidas del personal de enfermería muestran que al individuo se lo clasifica, rotula y se lo estigmatiza, se le administran placebos a las reiteradas quejas de dolor por parte del individuo, lo que impide realizar una valoración completa y exhaustiva este.

Por otra parte se hace hincapié en los datos perceptuales que muestran una escasa información sobre la valoración del individuo hospitalizado con dolor, y los planes de cuidados brindados. No se logra identificar las alteraciones multidimensionales que acompañan la presencia de dolor en los usuarios.

En tanto que la lectura de los registros permite identificar que es escasa la información que registra el personal de enfermería en relación a las alteraciones que manifiestan los usuarios con dolor.

CAPÍTULO

I

Origen de la idea de investigación

La idea de Investigación surgió al revisar las prácticas diarias del quehacer enfermero, desde un contexto empírico, donde se pudo observar y apreciar que el personal de enfermería se enfrenta a diario con escenarios donde los usuarios internados afrontan situaciones dolorosas relacionadas con las diferentes patologías por las que atraviesan. Según como se posicione el personal de enfermería al valorar el dolor puede dar como consecuencia diversas respuestas al momento de brindar los cuidados necesarios. Por otro lado, cabe destacar también que estas mismas respuestas fueron escritas en los registros de enfermería de los diferentes usuarios hospitalizados.

Dado entonces que podrían apreciarse diferentes formas de abordar el dolor de las personas, se pretende en esta investigación comprender la percepción que refiere el profesional de enfermería ante el dolor y sufrimiento de los usuarios hospitalizados, con diferentes patologías. La importancia de indagar sobre cuestiones relacionadas a la percepción que el personal de enfermería sostiene, en relación al dolor y el sufrimiento ajeno, permitiría reflexionar sobre la práctica de cuidado en post de un cuidado humano, holístico, individual y seguro.

El dolor es uno de los síntomas más frecuente en el manejo clínico o quirúrgico de las enfermedades que afectan al ser humano; saber reconocerlo, evaluarlo y tratarlo apropiadamente, resulta benéfico no solo para el sujeto, sino también para los profesionales del equipo de salud. (Ma. del Refugio Zavala Rodríguez, Ma. de los Ángeles Fang Huerta, Rosa Margarita Ortega López, 2005, Pág. 20)

Sánchez, H. (2005) afirma que debido a su complejidad e impacto, el dolor humano ha generado múltiples abordajes teóricos, que pretenden clasificarlo y explicarlo, con el fin de poder hacerle frente de forma correcta. Estas teorías y modelos para explicar y posteriormente comprender el dolor ofrecen un marco

de análisis que da la estructura para sistematizar la información, de manera que pueda ser empleada en la investigación, la educación y la asistencia.

Así como el dolor y sufrimiento es propio de cada individuo, también lo es su manera de interpretarlo, no solo para quien lo vive, sino también para quien participa en su tratamiento y alivio.

Al definir dolor Montes A. (2008) afirma que “El dolor una vez cumplido su función de alarma, es un sufrimiento innecesario de alta prevalencia que puede prevenirse, controlarse o aliviarse en la mayoría de los caso”. (p.80).

Por lo dicho, se puede considerar que, según la percepción e interpretación del dolor y sufrimiento que tenga el personal de enfermería se verá reflejado en las diversas conductas que asuma para brindar el cuidado y su posterior registro. Por lo tanto, dada la definición anterior, es deseable que el personal de enfermería comprenda la necesaria intervención para aliviar el dolor en las personas.

Por otro lado se debe destacar que los registros de enfermería juegan un papel fundamental en las actividades realizadas por parte del personal de enfermería. En especial en la valoración del usuario al ingreso de su hospitalización y en su estadía, la valoración debe ser constante abarcando la multidimensionalidad del individuo. Se debe destacar además en los registros los cuidados brindados al usuario en su estadía, esta constante relación enfermero - usuario crea en el personal de enfermería la percepción acerca del dolor y sufrimiento del usuario hospitalizado, denotando como enfermería se posiciona y aborda el dolor de cada usuario que padece distintas patologías.

Domic Estela (2004) define lo siguiente: “Los registros de enfermería son actualmente más importantes que nunca debido al aumento de situaciones médico-legales frente a los cuales es indispensable contar con un respaldo del trabajo realizado. Cuando el equipo de salud toma una decisión en cuanto al usuario utiliza una gran cantidad de información. Estos registros se definen como una recopilación de datos de usuarios relacionados con su salud y enfermedad”. (pág. 27).

Si bien es importante el aspecto médico legal que tiene los registros, a lo dicho por Domic se suma la relevancia que estos tienen en la continuidad del cuidado enfermero.

A continuación se plantean diferentes interrogantes que surgen a partir de lo observado:

- ¿Cuál es la actitud que toma el personal de enfermería ante los usuarios hospitalizados con dolor?
- ¿Cuáles son las actividades brindadas por el personal de enfermería ante los usuarios con dolor?
- ¿Se observa una información completa en los registros por parte del personal de enfermería acerca de los usuarios hospitalizados y sus manifestaciones de dolor?
- ¿Cómo están expresados en los registros la valoración y el plan de cuidado por parte del personal de enfermería a los usuarios?
- ¿Qué percepción refiere el personal de enfermería al enfrentarse ante el dolor y sufrimiento de los usuarios hospitalizados?

Delimitación y Planteo del Problema:

A partir del sondeo bibliográfico, lo observado y las preguntas originadas se plantean los siguientes interrogantes de investigación:

-¿Qué Percepción manifiesta el personal de enfermería acerca del dolor y el sufrimiento que refieren los usuarios hospitalizados con diferentes patrones alteradas en el Hospital Horacio Heller durante el segundo semestre del año 2016?

-¿Qué aspectos relacionados a la valoración y abordaje del dolor y los planes de cuidados se reflejan en los registros de enfermería de los usuarios hospitalizados con diferentes necesidades alteradas en el Hospital Horacio Heller durante el segundo semestre del año 2016?

Objetivos:

-Describir la percepción del personal de enfermería acerca del dolor y sufrimiento de los usuarios hospitalizados con diferentes patrones funcionales alterados.

-Describir los registros de enfermería referidos a la valoración del dolor y sufrimiento y los planes de cuidado ofrecidos a los usuarios hospitalizados con diferentes patrones funcionales alterados.

CAPÍTULO

II

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Estado del Arte:

-Blascetta, R. Guzmán, A. (2007) Factores que intervienen en la realización del Informe de enfermería según la opinión de los Enfermeros. Córdoba. Recuperado de http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/blascetta_ricardo_jesus.pdf

Los informes de enfermería son una vía para el desarrollo de la autonomía profesional y el fomento de la relación entre colegas. Se debe tener presente que lo que no se registra se puede considerar no realizado.

En este sentido los/as enfermeros/as deben asumir mayor responsabilidad al documentar no solo lo que han hecho y lo que queda pendiente de realizar, sino también para justificar la necesidad de su intervención tanto por las implicancias legales, como así también para garantizar calidad en el cuidado enfermero.

La investigación sigue un estudio descriptivo, analítico y transversal que permite determinar los factores personales, profesionales e institucionales que interviniera en el desarrollo del informe de enfermería. Las variables estudiadas fueron factores institucionales, profesionales y personales.

El universo estuvo constituido por 141 enfermeras con una muestra de 50 elementos a través de un muestreo sistemático de tipo probabilístico.

Los criterios utilizados para la selección fueron: personas de ambos sexos, cuyas edades oscilaron entre los 18 y 58 años y que desarrollaron un informe de enfermería, (las/os enfermeras/os Instrumentistas no intervinieron en el trabajo ya que no realizan informes de enfermería en quirófano), que se

desempeñaron en los turnos que la institución diagrama para el personal de Enfermería.

Los resultados recabados reflejan que la motivación, la antigüedad laboral, la edad, el doble empleo no intervienen a la hora de realizar los registros de enfermería, en cambio la cantidad de usuarios asignados, las pautas escritas, la formación académica, las relaciones interpersonales, los aspectos éticos y legales y el estado civil intervienen a la hora de la realización de los registros de enfermería.

-Torres, S. Miranda, R. y Zarate, R. (2011). Calidad de los registros clínicos de enfermería: Elaboración de un instrumento para su evaluación. *Revista Enfermería Universitaria*, Vol. (8).p 17-25.

Los registros clínicos de enfermería conforman la evidencia escrita de los cuidados otorgados al paciente. Son por excelencia un medio de comunicación y coordinación entre los profesionales de la salud, su realización correcta permite la continuidad de los cuidados y la seguridad del paciente.

Identificada la variable “calidad de los registros clínicos de enfermería” se realizó la búsqueda de información con respecto a la temática en diversas bases de datos como Pub Med, medline, Elsevier, Cochraner. Se consultó, además, la Ley General de Salud, la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico, el Código de Ética para Enfermeras y Enfermeros en México.

Se construyó un instrumento que mide la calidad de los registros clínicos de enfermería en sus tres dimensiones estructura, continuidad de los cuidados y seguridad del paciente.

Finalmente se pudo estimar las fortalezas metodológicas como la confiabilidad, validez y el poder de discriminación entre las variables intervinientes del instrumento de medición carce. Este instrumento reúne los puntos críticos que debe contemplar la documentación de enfermería con estándares de calidad y seguridad para el paciente y por lo tanto puede ser utilizado en instituciones de salud privadas como públicas.

-Nuñez, E. Freites, D. y Torcatt, M. (2007). Información que posee el profesional de enfermería que labora en las Unidades Clínicas de Cirugía del Hospital Universitario de Caracas sobre los registros de enfermería. Caracas. Venezuela. Recuperado de http://www.academia.edu/11496705/CAPITULO_V_CONCLUSIONES_Y_REC OMENDACIONES_Conclusiones

El presente estudio planteó como propósito determinar la información que posee, sobre los registros de enfermería el profesional que labora en las unidades clínicas de cirugía del Hospital Universitario de Caracas. Durante la estadía laboral en dicha institución, se observó con preocupación que en la historia clínica del paciente, no se consiguen las notas de enfermería debidamente registradas en los formatos respectivos, y de estar presentes en las mismas se evidencian registros con datos incompletos que dificulta apreciar la condición del enfermo.

El diseño de la investigación es no experimental, el tipo de estudio fue descriptivo de campo. Y según la secuencia del estudio fue de tipo trasversal. La población estuvo conformada por (48) enfermeras, que laboran en las unidades clínicas de cirugía en los cuatro turnos, lo que representa el 100% de la población. La muestra quedó constituida por el 63% de la población representado por (30) enfermeras. Para la selección de la muestra se utilizó el muestreo probabilístico aleatorio simple. El instrumento que se usó para recabar los datos fue un cuestionario con 30 ítems y tres alternativas de selección múltiple. Las conclusiones indican que los profesionales de enfermería no tienen claro los lineamientos para la correcta elaboración de los registros, además desconocen los objetivos que persiguen los mismos, y poseen poca orientación sobre las implicaciones legales en que puede incurrir durante el desempeño de sus funciones. Por lo que se recomienda al departamento de enfermería planificar y fomentar actividades en educación continua en servicio, para que el personal adquiera habilidades, destreza y conocimiento sobre los registros de enfermería, ya que estos son necesarios para planificar los cuidados, y de estar ausentes influyen en la calidad de los mismos.

--Gómez Torres, D. Maldonado Gonzales, V. Reyes Roble, B. y Muciño Carrera, A. (2014). Voces de las enfermeras al percibir el dolor del paciente infantil quemado. *Texto y Contexto Enfermería*, XXIII (2), p. 233-240.

Se considera que el dolor es un signo de alarma como consecuencia de una situación patogénica de peligro, es una experiencia humana universal, constituyendo un motivo frecuente para solicitar atención médica.

Se trata de un estudio cualitativo, de nivel descriptivo, donde los actores sociales fueron las enfermeras del área de quemados del Hospital Pediátrico de la ciudad de México. El proyecto fue remitido al Comité de Ética, cubriendo los aspectos éticos considerandos según los marcados por la Ley General de Salud Mexicana, en materia de investigación para la salud en su artículo 100. Posterior a la autorización del protocolo para obtener la información necesaria se instrumento una guía de entrevista semiestructurada con diez preguntas, a diez enfermeras dentro de su ámbito laboral. Previamente se aplicaron dos entrevistas piloto para determinar la confiabilidad del instrumento y el entendimiento del lenguaje plasmado. Así mismo para confrontar lo hechos, se efectuó una observación no participante donde las investigadoras presenciaron las intervenciones de las enfermeras participantes, en los diversos turnos de trabajo.

Las entrevistas fueron grabadas previa autorización del consentimiento informado, desarrollándose estas durante el periodo de mayo a junio de 2012 en los diferentes turnos, los datos resultantes fueron leídos y releídos después de su captura.

Se llevo a cabo la interpretación de los datos que responden a la pregunta de investigación, relatando la percepción de la enfermera ante el dolor nociceptivo somático del niño, entendiendo de esta forma el sentido humano de la enfermera y revelando las aportaciones de sus intervenciones, para valorar su sentir. La discusión de los resultados se efectuó a la luz de la Teoría Fenomenológica de Husserl, que expone como las personas actúan en relación a las experiencias pasadas vividas.

-Ortega López, R. (2006). Cultura del dolor, salud y enfermedad: Percepción de Enfermería, usuarios de salud y curanderos. *Cultura de los Cuidados*, X (19), p. 63-69.

El objetivo de este estudio es describir la percepción de enfermeras, usuarios de servicios de salud y médicos tradicionales de Tampico, Tamaulipas, México con respecto a salud, enfermedad, cultura del manejo del dolor y métodos tradicionales de curación.

Se realiza un estudio de tipo exploratorio. La población estuvo integrada por 153 enfermeras asignadas a los servicios de hospitalización, 249 usuarios de los servicios de salud de una institución pública de salud de segundo nivel de atención y seis curanderos de la Ciudad de Tampico, Tamaulipas, México.

Las características de los pacientes fueron mayores de 18 años, que solicitan servicios de salud en el hospital donde se realizó el estudio y que quisieran contestar la encuesta

Para el personal de enfermería y usuarios del servicio de salud se diseñó una encuesta de opinión, que incluía en el personal de enfermería datos socio-demográficos.

Para el diseño de la encuesta de opinión primero se diseñó una guía de entrevista con 12 preguntas para conocer las posibles respuestas a las variables a estudiar (salud, enfermedad y manejo del dolor) la cual se aplicó a 20 enfermeras asignadas a los servicios de hospitalización y 20 usuarios del servicio de salud, hospitalizados.

Para los curanderos se diseñó una guía de entrevista semiestructurada que incluía datos socio-demográficos.

La recolección de la información en el personal de enfermería y pacientes se llevó a cabo por vía telefónica por cuatro encuestadores, posteriormente se aplicó la encuesta de opinión sobre cultura del manejo del dolor, salud y enfermedad.

Para la recolección de información en los curanderos, se les solicitó su participación a través de la presentación de un oficio extendido por la Dirección de la Facultad de Enfermería de Tampico de la Universidad Autónoma de Tamaulipas donde se solicitaba su autorización para realizar la entrevista y se

describían los propósitos de la investigación, si aceptaban participar en el estudio, se les aplicaba la entrevista previa cita. Para obtener la información se realizaron entrevistas semiestructuradas, explicando a cada curandero los propósitos de la entrevista, la confidencialidad de los resultados y el anonimato de los entrevistados.

Los resultados del estudio permitieron identificar en el grupo de enfermeras, usuarios de los servicios de salud y médicos tradicionales que la cultura juega un papel importante en las diferentes formas de definir, abordar y curar la salud, la enfermedad y el dolor.

-Contreras Torres, C. (2010).Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados. *Avances de enfermería*, XXVIII (2), 98-110.

Apreciando que no todos los profesionales de enfermería perciben e interpretan el dolor y el sufrimiento ajeno de la misma manera, se desencadenan conductas muy diversas que al momento de valorar y actuar se puede observar distintas posiciones de cada profesional que pone de manifiesto al momento de valorar dichos síntomas.

Estudio descriptivo con abordaje metodológico cuantitativo con la población de 450 pacientes. Se calcula el tamaño de la muestra con un intervalo de confianza del 95 %, una media esperada de satisfacción entre 74 y 80 que da como resultado 180 pacientes de los servicios médicos, quirúrgicos y de maternidad. Con una recolección de datos se entrevista a los pacientes aplicando los cuestionarios al día de su egreso.

Los resultados refieren que los usuarios de la Clínica Chicamocha tienen en general una percepción positiva en cuanto al cuidado de enfermería recibido, para la dimensión de experiencia con el cuidado y para la dimensión de satisfacción.

Los aspectos más sobresalientes de la aplicación del cuidado de las enfermeras destacaron la amabilidad, las buenas relaciones establecidas con los usuarios y la provisión de intimidad suministrada al usuario, lo cual refleja

alto compromiso del personal de enfermería y la preocupación por satisfacer las necesidades de bienestar.

Los puntajes más bajos obtenidos respecto a la prestación del cuidado se relacionaron con la provisión y cantidad de información que la enfermera suministra al usuario y su familia, así como la dedicación de tiempo al usuario.

-González Gutiérrez, M. (2007). Evaluación de la Calidad de los Registros de enfermería. (Tesis de Maestría). Universidad Autónoma de Queretano. Santiago de Queretano. México. Recuperado de <http://ri.uaq.mx/bitstream/123456789/1769/1/RI001306.pdf>

Los informes escritos o registros de las actividades que realiza la enfermera, ocupan un espacio muy importante del trabajo de enfermería y desde hace suficiente tiempo, se considera que la documentación de los cuidados es esencial para el ejercicio profesional.

Se realizó un estudio de tipo prospectivo transversal de tipo correlacional. La investigación se lleva a cabo en los servicios de gineco- obstetricia y cirugía y medicina interna.

El universo de estudio estuvo conformado por las hojas de enfermería de pacientes hospitalizados en el periodo de estudio. La unidad de análisis fue la hoja de enfermería de los servicios, se considera para determinar la muestra el total de egresos de pacientes durante el primer semestre del 2006. El tamaño de la muestra se determina aplicando la fórmula para una población finita con un nivel de significancia o intervalo de confianza del 95 %, $p: 80$ $q: 20$ y $0,5$ de error máximo dando como resultado una muestra de 246 hojas.

Se identificó el número de egresos de pacientes, del total obtenido se determinó el tamaño de muestra para cada servicio. El muestreo fue aleatorio tomando en consideración todos los turnos de la institución, así como el total de enfermeras de la plantilla institucional, el intervalo de selección de las hojas de enfermería se estableció al dividir el universo entre la muestra determinando a la sexta hoja para evaluación, las muestras por semana se determinaron

dividendo la muestra entre el número de semanas en que se realizó el levantamiento de información, el total de hojas evaluadas por semanas fue de 30 hojas, el número de muestras por día se determinó dividiendo entre siete para obtener la recopilación de información por día. Esto quiere decir que se realizaron cuatro hojas por día.

Los resultados en lo que respecta a la correlación entre la categoría de la enfermera que realiza los registros y la calidad indican que no existe ninguna asociación, ocho de los nueve rubros de los que está constituida la hoja de la enfermera al ser evaluados está por debajo del 80 % de lo que el instructivo institucional de llenado requiere, el rubro de venoclisis fue evaluado con un total de 229 registros que no cumplen con los criterios establecidos.

De acuerdo a las observaciones recabadas durante la recolección de la información, se puede determinar que el profesional de enfermería no da importancia a la información que registra durante la atención al paciente. Se observaron registros incompletos, información repetida, no se plasman datos relevantes en cuanto al estado del paciente, anotaciones con tachaduras y enmendaduras, la enfermera no realiza el registro y firma por lo que se excluyeron hojas de la enfermera.

-Morales Sandra. (2012). Calidad de las notas de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. (Tesis de Maestría). Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann-Tactna. Tacua .Perú. Recuperado de http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/bitstream/handle/unjbg/147/02_2013_Morales_Loayza_SC_FACS_Enfermeria_2012.pdf?sequence=1

Las notas de enfermería son la evidencia escrita del cuidado que brinda el profesional de enfermería, constituyen un registro de calidad que como fuente de información y comunicación permite dar continuidad al cuidado, avala el trabajo del profesional de enfermería, ofrece cobertura legal a sus actuaciones y sirve de argumento para solicitar si es necesario el incremento del recurso humano.

Investigación de tipo cuantitativa, estudio prospectivo, de corte transversal; su objetivo fue determinar la calidad de las notas de enfermería en la unidad de cuidados intensivos de los profesionales de enfermería hospitalaria. La población estuvo conformada por 64 historias clínicas correspondientes al 1er semestre, se aplicó una Lista de cotejo, a través de observación directa y evaluación. El análisis y procesamiento de los datos se hizo en el software SPSS versión 20, estadística descriptiva, se realizó pruebas de confiabilidad utilizando el alfa de Cronbach y coeficiente de correlación.

Los resultados nos dicen que las notas de enfermería presentan un porcentaje significativo de regular calidad con un 54,7%. El 79,7% tienen una regular calidad en cuanto a su dimensión estructura y el 96,9% de las notas de enfermería estudiadas tienen mala calidad en cuanto a su dimensión contenido (PAE).

-Pesina Leyva, R. (2012). Registros de enfermería y la aplicación del proceso enfermero en el área de recuperación quirúrgica. *Desarrollo Científico de Enfermería*, XX (3) ,83-86.

Enfermería como profesión, requiere brindar cuidados de calidad convirtiendo al Proceso Enfermero en un instrumento para que la enfermera evalúe constantemente el cuidado que brinda al paciente. Esto significa que se necesita "documentar en la hoja de enfermería del expediente del paciente, las etapas del proceso enfermero en relación al cuidado otorgado al paciente, porque esto evita duplicaciones u omisión es que representarían una evidencia sobre la atención de enfermería y la evolución del estado de salud del paciente".

Estudio descriptivo, retrospectivo. Se utilizó una lista de cotejo para evaluar los elementos que según Iyer P, Taptich B, Bernocchi-Losey D. (1993) se requieren documentar en los registros de enfermería. La muestra fue de 106 hojas de registro de enfermería del área de recuperación quirúrgica en una Institución pública de segundo nivel de atención. El análisis de datos se realizó utilizando el programa SPSS versión17.

Los resultados refieren que el 60.4% de los expedientes revisados incluyeron anotaciones incompletas, solo se anotó en un 17.9% las medidas farmacológicas y en un 9.4% se incluyeron la información general sobre el estado de salud del paciente. Se encontró que en la nota de enfermería, no se documentaba la información en base a las etapas del proceso enfermero.

-Amabilia, Mateo. (2015).Evaluación de la nota de enfermería en los registros clínicos del servicio de cirugía de mujeres. (Tesis de Grado). Universidad Rafael Landivar. Guatemala. Recuperado de <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2015/09/02/Mateo-Amabilia.pdf>

La nota de enfermería es considerada de gran importancia en el expediente clínico del paciente, la cual solo puede ser redactada por el personal de enfermería; es un instrumento valioso por su contenido de información de lo que se le realizó o se deja de hacer en el paciente y se considera un documento médico legal.

En los registros de las notas de enfermería se reflejan las acciones que se le realizan al paciente, sirve de comunicación escrita para la continuidad de los cuidados y tiene en su efecto demostrar la calidad de los cuidados de enfermería.

El diseño de la investigación es de tipo descriptivo, retrospectivo con un abordaje cuantitativo, el sujeto de estudio es el personal de enfermería del servicio de cirugía de mujeres y la unidad de análisis los expedientes clínicos de pacientes egresados de dicho servicio.

EL método y el procedimiento se basaron en los criterios de inclusión en cuanto a las notas de enfermería del segundo día de hospitalización, entre los criterios de exclusión no se analizaron expedientes de otras especialidades. El estudio se realizó con una muestra de 87 expedientes, la población a estudiar y que participó en la investigación es de cinco auxiliares de enfermería y una enfermera profesional.

Los resultados del estudio evidenciaron que el personal de enfermería tiene deficiencia en registros y conocimientos de la nota de enfermería según las normas establecidas para la elaboración de la nota. Los registros son incompletos tomando en cuenta los criterios de redacción, contenido y legalidad, lo cual está estrechamente enlazado con la evolución del paciente durante su estancia hospitalaria.

-Vanegas de Ahogado, B. Calderón-Perilla, A. Lara-Suarez, P. Forero-Archbold, A. Marin-Ariza, D. y Celis-Rincon, A. (2008). Experiencias de Profesionales de Enfermería en Terapias Alternativas y Complementarias Aplicadas a Personas en situaciones de Dolor. *Avances en Enfermería*, XXVI (1), 50-64.

La naturaleza subjetiva del dolor y su carácter multidimensional, multicausal y de gran variedad individual llevan a que sea muy difícil lograr su medición, puesto que hay una interacción entre el comportamiento biológico y los aspectos afectivos, culturales, sociales y comportamentales de la persona, lo cual a su vez modifica la percepción que de cada individuo tiene ante el dolor y su actitud frente a esta situación y a la búsqueda de opciones para aliviarlo, una de estas aplicaciones para aliviarlo son las terapias alternativas.

La metodología utilizada es de abordaje cualitativo, en el que participaron cuatro profesionales de enfermería informantes con experiencia en la utilización de terapias alternativas y complementarias, se seleccionó a los participantes por medio de la técnica de “bola de nieve” y la información que se recogió fue a través de las entrevistas semiestructuradas profundas.

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.

-Montes, A. Arbones, E. Planas, J. Muñoz, E. y Casamitjana, M. (2008). Los Profesionales Sanitarios ante el Dolor: Estudio transversal sobre la Información, la Evaluación y el Tratamiento. *Revista Sociedad Española del Dolor*, XV (2), 75-82.

La creación de comités interdisciplinarios es una de las propuestas establecidas en programas institucionales para la mejoría del control del dolor en los centros hospitalarios. Faltan estudios que evalúen cómo afrontan los profesionales del ámbito hospitalario este problema. Con el objetivo de conocer la opinión y la actitud de los profesionales sanitarios (médicos y enfermeras) de los centros del IMAS respecto al manejo del dolor, se elaboró un cuestionario centrado en tres áreas de interés: la información al paciente, la evaluación del dolor, y los métodos de tratamiento.

Se trata de un estudio de diseño transversal realizado a partir de un cuestionario sobre el dolor, dirigido a todos los profesionales sanitarios (médicos y enfermeras) de los centros asistenciales del IMAS. La población elegible fue de 1060 Profesionales Sanitarios de las distintas áreas asistenciales y con más de dos años de actividad laboral.

En el grupo de médicos fueron 457 profesionales y en el grupo de enfermeras 603 profesionales. Se eligieron 264 profesionales a partir de un muestreo aleatorio estratificado según categoría laboral. El tamaño de la muestra se calculó para un error máximo del 5% y un nivel de confianza del 95%, estimando una tasa de respuesta de un 60%. El cuestionario constaba de 12 preguntas agrupadas en tres bloques: información- comunicación personal-paciente, evaluación del protocolo diagnóstico y medidas terapéuticas aplicadas.

La tasa de respuesta fue de un 58,7% (52,6% médicos y 63,5% enfermeras). Solo un 29,6% de los profesionales declararon transmitir información escrita, en tanto que verbal un 71,6%. Un 87,1% de los profesionales conocen su responsabilidad, pero únicamente un 52,2% han recibido formación en el manejo del dolor. Un 81,3% pregunta al paciente si presenta dolor, pero solamente un 35,5% utiliza escalas categóricas y un 45,8% la escala visual analógica.

-Gonzalez-Rendon, C. Moreno-Mansivais, M. (2007). Manejo del Dolor Crónico y Limitación en las Actividades de la Vida diaria. *Revista Sociedad Española del Dolor*, XXIV (6) ,422-427.

Uno de los principales problemas de los usuarios de las instituciones de salud es el inadecuado manejo del dolor. Pese a los adelantos científicos, médicos y tecnológicos, el usuario sufre innecesariamente por un dolor que debería estar manejado adecuadamente. Esto agrava la condición de salud y afecta la calidad de vida del usuario; además, puede aumentar su estancia hospitalaria, y generar reingresos constantes. Lo cual es algo negativo para el usuario.

El diseño del estudio fue descriptivo correlacional, la muestra estuvo compuesta por 151 usuarios mayores de 18 años de edad con presencia de dolor crónico de más de tres meses de evolución. El estudio se realizó en una institución pública del área metropolitana de Monterrey Nuevo León, México. Para determinar el manejo del dolor se utilizó el Índice del Manejo del Dolor y el esquema de la Escalera Analgésica de la OMS.

El resultado del estudio permitió identificar que existe un elevado porcentaje de pacientes con un inadecuado manejo del dolor, lo que repercute en una mayor limitación en la realización de las actividades diarias.

-Mendoza-Rocha, S. Torres-Briones, M. Rincon-López, J. y Urbina-Aguilar, B. (2015). Percepción sobre la Atención de Enfermería en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro*, XXIII (3), 149-156.

En la vida diaria las personas deben enfrentar en una o múltiples ocasiones el dolor y el sufrimiento físico, mental o espiritual ocasionado por la enfermedad. Se pretende describir la percepción de los usuarios sobre la atención de enfermería recibida en su internación en una unidad de cuidados intensivos (UCI) de una institución de seguridad social.

Se realizó un estudio cualitativo en usuarios hospitalizados en la UCI de un hospital de segundo nivel de atención de seguridad social de San Luis Potosí. Con una entrevista semiestructurada y diario de campo. El análisis de la información fue cualitativo-temático.

Los resultados refieren la presencia de cuatro dimensiones 1) El significado que se le da a la Unidad de Cuidados Intensivos 2) La experiencia que tienen

con el trato de enfermería 3) Percepción del estado de salud y 4) Percepción sobre el cuidado enfermero recibido.

-De Oliveira-Pinto, K. Spiri, W. (2008). La Percepción de Enfermeros sobre el Cuidado del Pacientes con Problemas Físicos que interfieren en la Autoimagen: Un abordaje Fenomenológico. *Revista Latino- Americana de Enferma gen*, XVI (3).

Este estudio considera las inquietudes sobre la asistencia de enfermería, realizada en un hospital universitario, a pacientes que presentan algún tipo de deficiencia física que puede interferir en su autoimagen. Los usuarios referidos son aquellos que eran físicamente saludables y por motivos como accidentes o enfermedades, tuvieron como consecuencia una modificación corporal visible, lo que ocasionó alguna incomodidad y/o el trastorno de su autoimagen.

La investigación sigue una estrategia cualitativa, con un estudio de tipo fenomenológico ya que busca el significado de la realidad vivida por los sujetos de estudio, el método utilizado comprendió tres momentos la descripción, la reducción y la comprensión, los sujetos de investigación fueron un total de ocho. Se realizaron entrevistas con los enfermeros que consintieron en participar de la investigación y firmaron el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido. Las entrevistas fueron realizadas en los locales escogidos por los sujetos, fueron grabadas en audio y en cintas; que después de transcritas fueron destruidas.

Los resultados de esta investigación reflejan La no aceptación de la enfermedad; el trabajo en equipo; las limitaciones como consecuencia de la enfermedad; los sentimientos y comportamiento del enfermero y del equipo; el vínculo entre el equipo, el usuario y la familia; la familia; la autoimagen del paciente; la edad de los usuarios; el prejuicio; el reconocimiento de la enfermedad; el nivel y los cuidados intensivos; la religión y la capacitación.

-Garcia- Hernández, M. Hernández-Ortega, Y. Arana-Gómez, B. y García-Ortiz, A. (2011). Calidad del Cuidado de enfermería en Pacientes Hospitalizados con Dolor. Universidad Autónoma del Estado de México, México. Recuperado de

http://www.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol3/CALIDAD_DEL_CUIDADO_DE_ENFERMERIA.pdf

Esta investigación intenta identificar la calidad del cuidado de enfermería en usuarios hospitalizados con dolor.

Sigue una metodología cuantitativa con un estudio transversal y descriptivo, el universo lo constituyó 339 profesionales de enfermería que proporcionan cuidados a usuarios hospitalizados de los turnos: matutino, vespertino, nocturno y turno especial, con una muestra de 77 enfermeras profesionales que se obtienen a través de un muestreo probabilístico en un hospital de la ciudad de Toluca, México. Se aplicó una escala Likert validada con un Alpha de Crombach de 0.802 dividida en tres estándares con 7 indicadores de estructura, 13 de proceso y 4 de resultados.

Los resultados muestran que un 90.9% proporcionan cuidado con calidad máxima, 7.8% con calidad y 1.3% con calidad mínima.

-Barboza de Pino, L. Azevedo dos Santos, S. (2006). Significados y Percepciones sobre el Cuidado de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Revista Índice de Enfermería*, XV (54) 20-24.

El siguiente estudio pretende conocer los significados y las percepciones del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos, según la óptica del personal de enfermería de los usuarios y de los familiares que los acompañan. La metodología es cualitativa y utilizaron entrevistas parcialmente estructuradas aplicadas a siete enfermeros, cuatro familiares y un usuario en la Unidad de Cuidados Intensivos para adultos de un hospital universitario de la provincia de Santa Catarina, Brasil.

Los datos que subsidiaron la discusión de este estudio surgen del análisis de entrevistas semi-estructuradas aplicadas a los sujetos. Se construyó una guía de preguntas específicas para los enfermeros y otra para los familiares acompañantes y el usuario. Para el análisis de esos datos se realizaron lecturas y relecturas de los textos generados por las entrevistas, hasta llegar a

las categorías que más representase lo que estaba siendo dicho por los informantes.

Los resultados muestran que el discurso de enfermeros, de familiares y del paciente refuerza la necesidad de ampliarse la dimensión del cuidado en la UCI, no centrándose solamente en la técnica o en la rutina, pero sí contemplando la participación de los vínculos y la valoración de las necesidades psico-sociales de las personas. Se ha considerado que el discurso humanizado puede ayudar en el rescate de la lógica del saber integral, disminuyendo la atención biomédica y fragmentada, además de concebir al hombre como un todo, constituido de cuerpo, mente, espíritu y relaciones sociales.

Sondeado el Estado del Arte se identifican 17 informes de Investigación.

Siete Investigaciones refieren a los Registros de enfermería. La totalidad de estos informes siguen una estrategia cuantitativa, indicando los principales resultados tales como la importancia de los registros de enfermería en cuanto a la valoración y los cuidados, acciones realizadas desde el personal de enfermería hacia los usuarios hospitalizados.

Además reafirman que los registros son una comunicación escrita que ayuda en la continuidad de los cuidados de los usuarios, son una vía de comunicación entre los profesionales de salud y un documento legal que necesita ser completado de forma correcta.

Se identifican además cinco investigaciones vinculadas con la presencia e intervenciones de enfermería frente a usuarios con dolor hospitalizados. Con una estrategia en su mayoría cualitativa, en dichas investigaciones se destaca que el dolor forma parte indisoluble de la vida de los seres humanos porque todos lo hemos experimentado en uno u otro momento de nuestras vidas. Y es por ello que el profesional enfermero, debe mostrar una actitud empática para su valoración y tratamiento en los usuarios hospitalizados.

Y por ultimo cinco investigaciones hacen referencia a la Percepción que tienen los profesionales de salud o los usuarios que reciben atención médica. Estas investigaciones siguen una estrategia cualitativa. Los resultados encontrados nos muestran que se observan distintas posiciones por parte del personal de

enfermería al momento de valorar y actuar, ya que no todos los profesionales perciben e interpretan el dolor y sufrimiento de la misma manera.

Marco teórico

En el siguiente marco teórico se desarrollaran dos conceptos de suma importancia que surgen del planteo del problema: por un lado, la percepción que refiere el personal de enfermería acerca del dolor y sufrimiento manifestado por los usuarios hospitalizados y el segundo concepto se refiere al escrito- registro que produce enfermería al brindar cuidados referidos al tratamiento del dolor. El desarrollo de estos conceptos y sus relaciones intentara dilucidar o dar respuestas a las cuestiones surgidas en relación al problema planteado.

A continuación breves definiciones de percepción:

Vargas Melgarejo (1994) al definir percepción refiere que

“ Una de las principales disciplinas que se ha encargado del estudio de la percepción ha sido la psicología y, en términos generales, tradicionalmente este campo 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)

Allport, F. (citado por Vargas Melgarejo, 1994) refiere “A su vez agrega que la percepción no es un proceso lineal de estímulo y respuesta sobre un sujeto pasivo, sino que, por el contrario, están de por medio una serie de procesos en constante interacción y donde el individuo y la sociedad tienen un papel activo en la conformación de percepciones particulares a cada grupo social. Aquí están involucrados mecanismos vivenciales que implican tanto al ámbito consciente como al inconsciente de la psique humana”(p.56).

Vargas Melgarejo (1994) 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. Cabe resaltar aquí a uno de los elementos importantes que definen a la percepción, el reconocimiento de las experiencias cotidianas. El reconocimiento es un proceso importante involucrado en la percepción, porque permite evocar experiencias y conocimientos previamente adquiridos a lo largo de la vida con los cuales se comparan las nuevas experiencias, lo que permite identificarlas y aprehenderlas para interactuar con el entorno. (p. 49)

En tanto que T. Bower (2011) define a la percepción de la siguiente manera: “Es cualquier proceso mediante el cual nos damos cuenta de inmediato de aquello que está sucediendo fuera de nosotros” (p.1)

Para H.C. Warren (2011) “Es el acto de darse cuenta de los objetos externos, sus cualidades o relaciones que siguen directamente a los procesos sensoriales, a diferencia de la memoria o de otros procesos centrales”. (p. 1)

Se puede comprender entonces que el personal de enfermería construye su propia percepción acerca del dolor y sufrimiento que refieren los usuarios hospitalizados y en función de ello reconocerá, interpretará y significará esa manifestación. En consonancia con lo dicho, el profesional de enfermería debe mostrar una formación basada en el interés real de restablecer la condición del otro, así como sensibilidad para percibir, comprender los sentimientos y mantener la confidencialidad, a fin de actuar y humanizar su accionar con base en conocimientos científicos.

El Personal de Enfermería no solo construye su propia percepción como individuo sobre el usuario hospitalizado con dolor, sino que además lo construye como equipo de salud, con una visión diferente dado que se trata de una percepción social o grupal.

Porto Pérez afirma 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” (2008 p. 32)

Dado que se abordará la intervención de los profesionales de enfermería a través de los registros, es importante recordar que características tiene la Enfermería como disciplina.

A partir de lo expuesto anteriormente se considera la definición que hace María Mercedes Durán de Villalobos acerca de la enfermería:

“La enfermería es el estudio del cuidado de la experiencia o vivencia de la salud humana” (Duran de Villalobos, 2002, p. 10)

Otra definición es la de la teórica y pionera de la enfermería Nightingale (citada por Amabilia, 2015) quien argumenta que: “La enfermería se basa en principios científicos los cuales se aplican en la praxis y se debe poseer la habilidad de observar e informar del estado de salud de los pacientes durante la atención de los cuidados durante su recuperación”.

También el Consejo Internacional de Enfermeras refiere que “La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación”(Monforte-Royo,2012,p.1)

La American Nurses Association, (2003), afirma que: “Es la protección, promoción y optimización de la salud y las capacidades, prevenciones de la enfermedad y las lesiones, el alivio del sufrimiento a través del diagnóstico y tratamiento de la respuesta humana y el apoyo activo en la atención de individuos, familias, comunidades y poblaciones” (p. 1).

De acuerdo a lo anteriormente expuesto se puede decir que enfermería es también un arte que requiere de sensibilidad para brindar servicios

humanizados, enfatizando la calidad integral y holística de los servicios. Con un enfoque de concientización de los cuidados que se le brindan al usuario. Además la enfermera debe poseer una conducta donde busque la satisfacción del usuario en las necesidades del mismo ya que el eje central y objetivo de esta profesión es el cuidado.

Poblete, M. (2007) afirma que: "El cuidar es la acción esencial de la enfermería y se realiza para proteger, mejorar y preservar la humanidad, apoyando a la persona durante la comprensión de su enfermedad, sufrimiento y dolor, como también para ayudarla a adquirir autocontrol, autoconocimiento y auto cuidado". (p.499).

El personal de enfermería debe brindar un plan de cuidado, para ello debe valorar el dolor del usuario continuamente basándose siempre en la respuesta del usuario.

Esto significa, aliviar el dolor, contribuir a una buena calidad de vida, y enseñar a cuidar la salud, son necesidades imperantes, con el fin de movilizar, potenciar y estimular el bienestar del individuo y familia.

Muñoz Devesa al mencionar la relación de ayuda que establece Enfermería afirma que aquella no se planifica, es propia de todo su ser, de sus cuidados. La hallamos en las actitudes, habilidades y relaciones que desarrolla en su profesión por el carácter interaccionista de los cuidados que otorga (2014).

Las características de la relación ayuda son la escucha, la confianza que generamos en el otro, la comunicación y el contenido de la misma que sea basada en una comunicación terapéutica y ayudar en todo lo que se pueda desde una palabra hasta brindar un acompañamiento.

En todo acto de cuidado al usuario hospitalizado se lo debe tratar como un ser íntegro, un ser holístico, brindando la seguridad, confianza y protección en su estadía hospitalaria, satisfaciendo las necesidades del mismo en especial al tratar el dolor y el sufrimiento.

En este sentido la Teoría de los Síntomas Desagradables es una herramienta que se debe aplicar en nuestra práctica diaria en la evaluación del dolor desde un punto de vista integral, conociendo las características propias del usuario, no dejando de lado sus factores fisiológicos, psicológicos y ambientales.

La Teoría de los Síntomas Desagradables, fue propuesta como medio para integrar la información existente acerca de una variedad de manifestaciones de enfermedad. Esta teoría fue desarrollada por el esfuerzo colaborativo de cuatro enfermeras investigadoras (Andreu Gift, Renee Milligan, Elizabeth Lenz, Linda Pugh) en 1995 y, luego perfeccionada en 1997. Ellas compartían el interés y la naturaleza en la práctica clínica. Es una teoría que emerge de manera espontánea de la práctica de enfermería de manera inductiva de lo particular a lo general, a partir de reflexiones del mundo real. (Lenz E, Pugh L. 2008)

El contenido teórico considera el síntoma como una experiencia individual subjetiva, sin embargo, no lo considera de manera aislada, por el contrario, toma en cuenta el contexto familiar y social, junto con los factores situacionales que pueden influir en los síntomas. (Lenz ER, Pugh LC, 1997) (Venegas et al.)

Desde esta perspectiva se enriquece la mirada integradora de la enfermería.

La teoría tiene tres componentes principales: los síntomas que el individuo experimenta, los factores influyentes que aumentan o afectan la naturaleza de la experiencia del síntoma y las consecuencias de la experiencia del síntoma o rendimiento.

Los síntomas: son el primer componente de la teoría, y constituye el punto de partida de la teoría y por lo tanto el elemento central de esta.

Los síntomas son definidos como los indicadores percibidos del cambio en el funcionamiento normal como lo experimenta el paciente (Rhodes V, Watson P. 1987, citado por Venegas et al.)

Por lo tanto una experiencia subjetiva, sólo es informada por el paciente. Cuando se experimenta más de un síntoma al mismo tiempo, la percepción de estos puede ser mayor, que si se presenta de manera aislada.

Se reconoce que el dolor es el síntoma más importante, frecuente y que más influye en la calidad de vida de las personas.

Los factores influyentes: son el segundo componente de la teoría. En este componente se identifican tres categorías de variables como influyentes de la experiencia de los síntomas: factores fisiológicos, psicológicos y situacionales. A su vez, estos pueden ser influenciados unos con otros.

Las autoras de la teoría señalan según la evidencia, que los factores influyentes pueden variar en importancia como predictores de la experiencia de

síntomas de un estudio a otro. A pesar de ello, los factores psicológicos son los que se evidencian como los de mayor frecuencia en la predicción de la experiencia de síntomas. (Venegas et al., p.146)

Consecuencia de la experiencia del síntoma o rendimiento: es el componente final de la teoría de los síntomas desagradables, es el «resultado o efecto de la experiencia del síntoma sobre la capacidad del individuo para funcionar que incluye habilidades cognitivas, motoras y de comportamiento social. Las consecuencias pueden abarcar varias dimensiones: la actividad física y la discapacidad; el desempeño del rol funcional que incluye la comprensión, el aprendizaje, la concentración y la resolución de problemas; y además de la interacción social. Un síntoma o un conjunto de síntomas pueden generar una serie de consecuencias en la experiencia del síntoma.

Se requiere de la observación crítica continua de la Teoría de los Síntomas Desagradables, a través de su aplicación a un contexto determinado como son los cuidados de enfermería (Venegas, M. et al. p.147).

Achury Saldaña (2007) manifiesta que “Como profesionales de la salud desempeñamos un papel muy importante en el manejo del dolor. No basta con administrar analgésicos y desdeñar la verdadera experiencia del dolor. Es necesario mirar más allá y profundizar en su verdadero significado no sólo desde el punto de vista teórico, sino práctico-vivencial, por las personas que lo padecen.

La realidad que se ha vivenciado en la práctica clínica en el abordaje del dolor por parte de los profesionales se ha reducido al control fisiológico y farmacológico y ha dejado atrás el componente social, emocional y sus repercusiones.

Muchas veces el abordaje del dolor se ve limitado, porque los profesionales de la salud, desconocen la existencia y utilidad de herramientas propias de la disciplina, que permiten una valoración integral y proporcionan elementos para orientar el manejo multidimensional e integral del dolor; por esto las teorías de rango medio, sobre todo la teoría de síntomas desagradables, permite delimitar el campo de la práctica profesional, la acción o intervención de la enfermera y el resultado propuesto” (p.9)

Para dar respuesta a la pregunta de investigación se considera pertinente vincular la teoría planteada por estos autores con los Patrones Funcionales de

Marjorie Gordon, los cuales se ven alterados en los usuarios hospitalizados que padecen y refieren dolor. Por medio de estos patrones podemos realizar una valoración del estado de salud del usuario, para obtener una información básica, histórica y actual mediante una entrevista, observación y valoración física, estos a su vez se ven reflejados tanto en la Percepción del personal de enfermería como en los registros.

- 1- Percepción y manejo de la Salud
- 2- Nutricional- Metabólico.
- 3- Eliminación.
- 4- Actividad- Ejercicio.
- 5- Sueño- Descanso.
- 6- Cognitivo- Perceptual.
- 7- Auto percepción- Auto concepto.
- 8- Rol Relaciones.
- 9- Sexual- Reproductivo.
- 10- Adaptación- Tolerancia al estrés.
- 11- Valores- Creencias. (Andres, Galache. 2004, p. 160)

El dolor es un proceso activo generado en parte en la periferia y en parte en el SNC, y susceptible de cambios en relación a múltiples modificaciones neuronales.

Desde un punto de vista clínico, el sistema somato sensorial alerta al individuo frente a un daño real o potencial. Sin embargo, tras una lesión periférica, se inducen cambios en el procesamiento del estímulo nociceptivo que pueden desencadenar:

- una reducción del umbral del dolor
- una respuesta exaltada al estímulo nocivo (hiperalgesia),
- un aumento en la duración de la respuesta frente a una estimulación breve (dolor persistente)
- una extensión del dolor y de la hiperalgesia a tejidos no lesionados (dolor referido).

Todos estos cambios a nivel neurológico producen cambios a nivel fisiológico y psicológico

Achury Saldaña (2007) afirma que “La manera más eficaz de tratar el dolor es evaluándolo continuamente, basándose en la respuesta del usuario. Los componentes y las dimensiones mencionadas como elementos fundamentales de la teoría de síntomas desagradables en el dolor agudo y crónico se valoran en la práctica profesional diaria, aplicando diferentes estrategias como:

La valoración inicial del dolor se obtiene a través de la entrevista y estableciendo un proceso de interacción enfermera-usuario y de comunicación asertiva. De esta forma el usuario siente que existe una verdadera preocupación por él y su dolor y se siente reconocido por parte del profesional. Los instrumentos multidimensionales pretenden superar las limitaciones de aquellas que únicamente evalúan un aspecto. En este sentido, la lógica subyacente a su desarrollo parte de que si la experiencia dolorosa está conformada por distintos componentes, será necesario evaluarlos conjuntamente.

El uso de estas estrategias permitirá determinar el impacto de nuestras intervenciones, con la intención de adecuarlas a las necesidades del usuario para conseguir la mejor efectividad en el alivio del dolor (p. 14).

En este sentido Muciño, Ana (2011) refiere que

“El profesional de enfermería debe estar preparado de forma ética, moral y emocionalmente para enfrentar el dolor que cursa el usuario, brindando confianza y seguridad mediante la palabra, mirada y acciones que complementen su intervención terapéutica, recordando que el tratamiento del dolor está establecido como un derecho terapéutico, que no le debe ser negado a nadie “(p.94).

Podemos decir entonces que el dolor forma parte indisoluble de la vida de los seres humanos porque todos lo hemos experimentado en uno u otro momento de nuestras vidas. Y es por ello que el personal de enfermería, debe manifestar conocimientos científicos para su valoración y tratamiento.

El dolor es el síntoma más frecuente de cualquier enfermedad y un motivo habitual de consulta; es una experiencia compleja que incluye múltiples

dimensiones. Esto implica alteraciones no solo en nivel físico, sino también desencadenando modificaciones a nivel psicológico que originan sentimientos como sufrimiento, ansiedad, depresión y desesperación. De este modo se ocasionan cambios en el plano social de quien lo padece, de quien acompaña al sujeto y de quien lo trata.

Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor: “El dolor es una experiencia sensitiva y emocional desagradable que se asocia a una lesión tisular real o posible, o que se describe como tal” (IASP: 2009: 1189).

Achury Saldaña (2007) explica la existencia de variados tipos de dolor que se pueden comprender a través del conocimiento de cuatro conceptos generales:

- La nocicepción, que determina la detección del daño tisular por parte de “transductores” (terminaciones nerviosas libres).
- La percepción del dolor, frecuentemente desencadenada por un estímulo nocivo, como lesión o enfermedad. También puede ser generada por lesiones en el sistema nervioso central o en el sistema nervioso periférico, como se ve en personas con neuropatía diabética, lesiones medulares, etc.
- El sufrimiento, considerado una respuesta negativa inducida por el dolor y también por miedo, ansiedad, temor y otros estados psicológicos.
- La conducta o comportamiento del dolor, que es el resultado del dolor y del sufrimiento. A su vez, reúne un conjunto de acciones que una persona hace o deja de hacer y que pueden atribuirse a la presencia de lesión tisular. Ejemplos de ellas son quejas, muecas, recostarse, ir al médico, negarse a trabajar, etc.

Estas conductas son percibidas por otras personas y pueden ser cuantificadas. Todos estos comportamientos son reales y probablemente estén influidos por el entorno y las consecuencias (p. 10).

Además podemos clasificar al dolor en dos grandes grupos según su duración, Herrera-Sánchez (2003) los clasifica en:

Dolor Agudo: Sirve como un mecanismo fisiológico protector, que nos informa cuando algo está mal en nuestro cuerpo o que previene daño adicional de los tejidos, al limitar el movimiento de partes lesionadas. Se presenta con respuestas o del sistema autónomo y es limitado en el tiempo. Cede cuando sana el tejido, y por lo general se puede controlar con medicamentos.

El dolor agudo genera ansiedad, que persiste en función de las dimensiones temporales de la persona. Tiene una duración inferior a los tres meses y es el resultado de una lesión. Su misión es alertar al individuo sobre algo que no funciona correctamente.

Dolor Crónico: Así se denomina el dolor que persiste por algún tiempo, casi siempre se establece entre tres y seis meses, ocurre en intervalos de meses o años o se asocia a patología permanente. Si el individuo presenta este dolor, el cuerpo se ha adaptado y por lo general no hay respuestas fisiológicas o autonómicas. El dolor crónico suele ser continuo, intratable, intermitente o recurrente. Aun cuando sea leve, puede ser tan perverso que se vuelve una condición en sí mismo, y con frecuencia requiere manejo diario. También puede ir acompañado de alteraciones psíquicas concomitantes y no cumple, como el dolor agudo, una función definida, sino que hace parte de la enfermedad. Genera sentimientos de impotencia, desesperación y absurdidad (p. 34).

Desde la disciplina enfermera “Dolor es lo que el paciente dice que es y no lo que otros piensan que debería ser”. (Mc Caffery y Ferry 1995 p.165).

De este modo se comprende que el dolor es una sensación subjetiva y por tanto que solo siente la persona que lo sufre, que no hay parámetros objetivos, externos, para determinar su presencia e intensidad.

El dolor y su tratamiento han obtenido un reconocimiento mundial, no solamente como una singularidad que respecta al campo de la medicina, sino como un tema relevante para la investigación científica y para el análisis filosófico. Como consecuencia de dicho interés, su estudio y desarrollo ha sido considerado desde la perspectiva de diversas disciplinas, con el fin de progresar en el entendimiento científico y humanitario de esa condición y consecuentemente optimizar su tratamiento.

Analizando desde una perspectiva socio antropológica, podríamos decir que el dolor es una experiencia individual, un hecho personal, cerrado, que aísla y retrae al ser humano. Para Le Breton (1999), el dolor se vale de varios aspectos al momento de manifestarse: una dimensión fisiológica, una expresión psicológica y una impronta social. Y es por ello, que su comprensión para el resto de las personas, es subjetiva, intrínseca, en la cual intervienen

componentes fisiológicos, sensoriales, afectivos, cognitivos y conductuales de quien observa la situación. (Mc Caffery y Ferry, et.al)

Con respecto a lo mencionado en párrafo anterior, podemos destacar que “El dolor se dice y se padece de muy diversas maneras, y esas diversas formas de sufrir su ser no son ajenas a los esfuerzos culturales por interpretarlo” (Ocaña, 1997, p.6). Interpretar es una actividad humana sujeta a influencias sociales, espirituales y psicológicas que condicionan tanto la percepción de la sensación original como la reacción ante la misma.

Es importante hablar de percepción y tolerancia del dolor porque si bien el umbral de percepción tiende a ser relativamente constante en todos los individuos, el umbral de tolerancia está sujeto a considerable variación y depende del estado emocional del enfermo en ese tiempo, de las circunstancias que se vivan, de su cansancio y su sentimiento de impotencia. Sus creencias y expectativas son capaces de modificarlo, afectar su expresión y su adaptación y son factores que deben ser plenamente reconocidos y apreciados para obtener un mejor control del dolor. Sólo desde hace poco tiempo se ha considerado esencial la relación entre el dolor y otros aspectos físicos, psicológicos y sociales de la enfermedad en el manejo del dolor que disminuye cuando se da al enfermo una adecuada explicación previa a un procedimiento doloroso, se le habla de su naturaleza temporal, se consigue mejorar el sueño, se dialoga sobre los temores y miedos, se resuelven problemas emocionales, se emplea la relajación y las actividades ocupacionales y se mantiene contacto con la familia y a m i g o s (W. Astudillo 1999, p. 65).

Factores que influyen en el umbral del dolor:

Lo disminuyen:

- insomnio
- cansancio
- ansiedad
- enfado
- depresión
- abandono social
- aburrimiento
- malestar
- tristeza
- conspiración del silencio

Lo aumentan:

- alivio de los síntomas
- mejoras del sueño
- simpatía
- acompañamiento
- distracción
- el buen humor
- analgésicos-ansiolíticos
- descanso
- buena comunicación
- terapia ocupacional

Podemos afirmar que el umbral se percibe de diferente manera dependiendo de cada sujeto y de su entorno que le toque vivir.

Cualquier visión personal del dolor es en cierta forma, un efecto de la construcción cultural y social que ha tenido significados diferentes a través de todas las épocas.

Según Neisser (1976) al abordar el concepto de percepción, refiere que se trata de un proceso particular, íntimo e individual que se construye en función de esquemas mentales previamente fundados por el perceptor, y es por ello que así como el dolor es una experiencia propia de cada persona, la percepción del mismo también lo es.

El mismo autor concibe al ser humano no como un mero reactor a los estímulos ambientales, sino como un constructor activo de su experiencia.

En cuanto a la ética, el dolor es entendido como una respuesta que está presente en todos los individuos y que por ende es inherente al ser humano, es decir a la persona doliente. Más allá de las medidas científico-técnicas para

tratar a quien sufre dolor, es básico y fundamental conocer a la persona misma, como un ser único e irrepetible, con su carga física y espiritual.

En todas las decisiones clínicas, cabe una aproximación de tipo ético, y al referirnos a los aspectos bioéticos del tratamiento del dolor no hacemos otra cosa que preguntarnos sobre “lo que está bien” y “lo que está mal” en ese ámbito. Es decir lo que debemos y no hacer en esa relación asistencial. (Enrique Soler Company, 2004)

El dolor se siente, se sufre, se conoce y se interpreta. Cada cual vive el dolor a su manera, según su personalidad, según sus conocimientos e información que el dolor le suministra del mundo y los otros, según los hábitos adquiridos en experiencias dolorosas anteriores. (Montaner Abasolo María Carmen, Soler Company Enrique. 2004, p.51)

En relación al sufrimiento, Cabrera (2008) sostiene que se trata de una reacción psicológica provocada por un hecho doloroso (físico o no), de duración variable dependiendo del significado que el sujeto le otorga al hecho que lo provoca. Afirma que para que exista el sufrimiento no tiene necesariamente que estar presente el hecho doloroso, puede bastar el recuerdo de éste para que el sufrimiento se haga realidad.

Si el sufrimiento está asociado al dolor físico puede ser aliviado con analgesia, pero si está relacionado con la vida afectiva y emotiva del sujeto su tratamiento es más complejo. Para evitar el sufrimiento o al menos atenuarlo se debe actuar sobre su causa (dolor), aunque existen ocasiones en que los hechos dolorosos son inalterables entonces la actuación debe realizarse con el fin de modificar la percepción que el sujeto tiene en relación al problema.

Cabe destacar que el sufrimiento y el dolor juntos o separados en un usuario se lo pueden comprender mejor desde el punto de vista del dolor total.

El síndrome del dolor total es la expresión más intensa de su persistencia en una persona porque es capaz de convertirse en el centro de su vida, bloquear su relación con los demás y en una amenaza seria para su existencia.

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 (W. Astudillo, 1999, p. 60). El dolor total es uno de los síntomas más urgentes que se debe tratar, no solo se da en los sujetos con cuidados paliativos sino que desde el punto de vista de cada sujeto que padece algún tipo de dolor.

Es necesario que ante los siguientes elementos aquí descritos el sujeto desarrolle la capacidad de abordar el hecho doloroso, mediante sus fortalezas enfrentando la situación, sea con ayuda externa u otras alternativas. Un factor importante para contribuir en este aspecto por parte del enfermero es establecer relaciones empáticas con el sujeto. (Ramírez P. y Müggenburg . C. 2015, p. 137)

En este sentido Otero Martínez (2008) define la empatía como la capacidad de sintonizar con las emociones y sentimientos del otro, poder colocarse en su lugar, reconociendo sus estados de ánimo, sus posturas, sus temores y angustias. Comprender al otro no significa estar de acuerdo con sus puntos de vista, se trata de hacer esfuerzos activos durante la comunicación para entender el mensaje el otro, sin juzgarlo ni criticarlo.

Sin embargo debe considerarse que en simultaneo el cuidado más inmediato que realiza enfermería para abordar el dolor es la administración de placebo lo que indicaría que la intervención, a diferencia de la valoración del dolor total no son congruentes. La administración de placebo suele estar acompañada de una valoración basada en los propios supuestos de la enfermería, y lejos de acercarse a la actitud empática se observa la identificación de las personas y la situación de dolor con un rotulo o etiqueta.

El diccionario de la Real Academia Española define al placebo como una sustancia que carece de acción terapéutica por sí misma pero que, de todas formas, produce un efecto curativo en el paciente. Esto es posible ya que quien la ingiere, lo hace convencido de que posee propiedades beneficiosas para su organismo (2001).

Desde el punto de vista científico de la farmacología y la medicina, la sustancia placebo es inerte, es decir, no tiene efecto alguno sobre el organismo.

En consecuencia y por lo ya expresado, esta situación de “rotular” a las personas por su requerimiento constante de medicación impide una visión holística pluridimensional y humanizada que “vea” más allá del reclamo de un medicamento lo que origina una realidad alterada del individuo que presenta dolor. Como lo dice la siguiente definición “Rotular es una inclinación natural de los seres humanos. Sin embargo, puede convertirse en algo peligroso y destructivo. Después de todo, es la madre de toda discriminación y prejuicio”.

Este etiquetamiento se produce al establecer una identificación social de diferencias humanas (Vazquez, A.; Stolkiner, A, S/F, p. 298) lo que conlleva a un proceso de estigmatización. Este término fue acuñado por Erving Goffman “Figurativamente se utiliza este verbo para referirse a toda persona que queda marcada socialmente por una acusación por la cual se pone en duda su moral, su honra y su estima. También se usa como sinónimo de ultrajar e injuriar” (p. 298).

En Sociología se habla de estigma para referirse a un rasgo o conducta que quien lo lleva es incluido en una categoría social vista culturalmente como inferior. Las razones por las que ese grupo puede ser menospreciado socialmente pueden ser raciales, religiosas, étnicas, etc. (Diccionario Actual, 2005)

Lo que enfermería no visibiliza posiblemente es aquella necesidad no resuelta (del orden psicosocial) que presuntamente esta “detrás” de cada reclamo de cada analgesia. Valorar la condición de la persona al referir dolor, de modo integral atendiendo a la multidimensionalidad de la persona, permite una intervención adecuada y segura.

Cabe destacar que todo lo que se viva o se realice con el usuario hospitalizado se debe registrar para un mejor seguimiento del mismo por parte del equipo de salud.

Ya se han identificado los signos y síntomas del dolor, el paso siguiente es medir el dolor, esto es su grado de intensidad. A partir de instrumentos específicos como son las escalas de dolor, es posible evaluarlo.

Aunque existen múltiples instrumentos de medición y evaluación del dolor las más utilizadas son, según Serrano-Atero (2002):

- Escala Analógica Visual Eva: Permite medir la intensidad del dolor con la máxima reproductibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.
- Escala Numérica: Escala numerada del 1-10, donde 0 es la ausencia y 10 la mayor intensidad, el paciente selecciona el número que mejor evalúa la intensidad del síntoma.
- Escala Categórica: Se utiliza si la persona no es capaz de cuantificar los síntomas con las otras escalas; expresa la intensidad de síntomas en categorías, lo que resulta más sencillo. Se establece una asociación entre categorías y un equivalente numérico.
- Escala Visual Analógica de Intensidad: Consiste en una línea horizontal de 10cm, en el extremo izquierdo está la ausencia de dolor y en el derecho el mayor dolor imaginable.
- Escala Visual Analógica de Mejora: Consiste en la misma línea, en el extremo izquierdo se refleja la no mejora y en el derecho la mejora total (p.57).

Es importante que la enfermera registre toda actividad que realiza con el usuario y susceptible de ser comunicada, haciendo posible la continuidad de los cuidados y su perduración en el tiempo.

Se debe registrar la escala utilizada para cada usuario y el nivel del dolor que padece este mismo, para así llevar a cabo las diferentes actividades y cuidados tanto para la prevención como para el alivio del dolor y sufrimiento del mismo, pudiéndose desde un cambio de posición hasta el cumplimiento total del tratamiento de analgesias.

Luego de plantear cómo y qué valorar en las personas que padecen dolor, se definirá como actúan y qué papel cumplen los registros en el tratamiento de los sujetos hospitalizados.

Vaca, Delma (2009). Afirma que: “Los registros de enfermería, son anotaciones diarias que realiza el personal de Enfermería en su jornada laboral con el propósito de comunicar los aspectos técnicos y clínicos referidos a la atención del paciente o cuidados de enfermería. Avala la calidad, la continuidad de los cuidados, la mejora de la comunicación y evita errores.

Además son un respaldo legal a posibles demandas y también permiten evaluar retrospectivamente la calidad de los cuidados brindados durante la estancia hospitalaria”. (p. 86)

Otra definición es la de Prieto (2013), quien también afirma que: “Es un documento en el cual se registra en forma objetiva, clara, concreta, comprensible y sistemática los hallazgos, actividades, observaciones, decisiones y cuidados brindados a la persona, familia o comunidad, inmediatamente después de su realización.” (p. 120)

Además es importante mencionar que los registros de enfermería son el soporte documental de la atención interprofesional en los que se plasma la información acerca de las actividades que se realizan con el usuario y hacen posible el intercambio de información sobre cuidados, además promueven la comunicación entre enfermería con otros miembros del equipo de salud, y lo fundamental es que aportan elementos para evaluar el proceso de atención. (Currell R, Urquhart C. 2008).

Un artículo, de la Revista Académica Medwave de Santiago de Chile (2004) hace referencia a que:

“El equipo de salud, cuando va a tomar una decisión, utiliza una gran cantidad de información, y los registros de enfermería son un componente destacado de ella. Estos registros se definen como la recopilación de datos del usuario, relacionados con su salud y con su enfermedad. Contienen observaciones, consideraciones, resultados de exámenes, diagnósticos de enfermería, información de los fármacos administrados y todos los datos que se originan en las acciones que el equipo realiza en los usuarios”. (p. 2)

El buen registro es útil para el usuario, porque apoya, mantiene y mejora la calidad de la atención clínica, que necesita una buena fuente de información del estado del mismo. Es una fuente de evaluación para la toma de decisiones y un documento legal que traduce los actos del equipo de salud y apoya la investigación.

Es de suma importancia documentar con precisión, sin prejuicios ni divagaciones, permitiendo mejorar la calidad asistencial, percibida tanto por los profesionales de la salud, como por el usuario y sus familiares.

En conclusión, podemos decir que los registros de enfermería han sido definidos como un sistema de documentación que forma parte de todo un registro del usuario y que provee la documentación formal de la interacción entre enfermera, equipo de salud y usuario, siendo así la forma en que los profesionales de Enfermería y otros profesionales de salud se comunican y aportan para prestar servicios oportunos, continuos y eficientes. (Chavez, D, 2013).

La forma en que se realizan los informes como parte del trabajo diario, da al receptor una idea del desempeño como profesional.

La información deberá transmitirse a tiempo, debe ser suficiente y detallada, es decir, pertinente y conciso, debiendo reflejar las necesidades, problemas, capacidades y limitaciones del usuario.

La enfermera dentro de los diferentes servicios de salud ocupa un papel muy importante, al estar en contacto directo con el usuario, en los casos de hospitalización las 24 horas del día, bajo su cuidado y su responsabilidad, por lo que es necesario que este personal esté actualizado en cuanto a los

conocimientos científicos, pero además debe conocer las implicaciones legales en las que puede incurrir al ejecutar su trabajo.

Enfermería lidera funciones delegadas por el quehacer médico y funciones propias. Estas dos funciones se aplican igualmente en el manejo del dolor de los usuarios.

Desempeñamos cómodamente las funciones delegadas, basadas en las prescripciones médicas, pero lo que realmente nos empodera como enfermeros (as) son las funciones propias, entre otras:

♦ Valorar el dolor de la persona: ¿Dónde le duele? , ¿Desde cuándo? , ¿Cómo es el dolor?

♦ Verificar con el enfermo:

- Localización.

- Intensidad.

- Calidad (opresivo, quemazón, punzada, como descargas eléctricas, fijo y continuo....).

- Inicio y duración.

- Los efectos que ese dolor tiene sobre el confort y la calidad de la vida de la persona: insomnio, irritabilidad, disminución de la actividad física, alteración de sus relaciones con la familia, etc.

Si identificamos las características del dolor, podremos determinar las medidas más adecuadas para aliviarlo.

♦ No juzgar el dolor que la persona dice tener: McCaffery define el dolor de la siguiente forma: “Dolor es lo que el paciente dice que es y no lo que otros “piensan que debería ser”. (1995, p. 165)

♦ Administrar el analgésico prescrito por el médico para controlar un determinado tipo de dolor (son tratamientos individualizados):

- Lo más idóneo es anticiparse a la aparición del dolor, administrando analgésicos prescritos a horas fijas, “de reloj”, según la vida media del analgésico en cuestión. Nunca administrar los calmantes a demanda.

La O.M.S. propone clasificar a los fármacos en tres grupos:

Grupo 1: analgésicos de acción periférica, representado por los analgésicos no opiáceos del tipo antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), como el diclofenac, ibuprofeno y otros como el paracetamol.

Grupo 2: analgésicos centrales débiles, se encuentra representando a este grupo la codeína, también el D-propoxifeno y el tramadol.

Grupo 3: analgésicos centrales fuertes, tales como la morfina, meperidina, metadona, también la hidrocodona y oxycodona.

- Evaluar y registrar la respuesta al tratamiento

◆ Los analgésicos poseen efectos secundarios: las enfermeras deben reconocer esos problemas si aparecen y reforzar la información que el médico hubiera ofrecido a la persona, siempre de forma clara y comprensible.

◆ No usar placebos: “la única conclusión exacta respecto a la persona que reacciona positivamente ante un placebo es que desea muy intensamente el alivio del dolor y que confía en algo o alguien le ayude a obtenerlo” (Verona, E. y Reyes, J., 2011, p. 28)

◆ Adoptar medidas complementarias para tratar el dolor si se estima oportuno:

Con el uso de estas terapias se ha buscado una nueva opción para el alivio del dolor, como lo sustentó Tobos, L. (2002) en su artículo "Promoción de la vida saludable complementada con terapia alternativa", donde comenta que:

“Con sólo los conocimientos convencionales no siempre se logra controlar del todo este síntoma; por lo tanto, es necesario buscar otras opciones, posiblemente como las que brindan las terapias alternativas y complementarias, teniendo en cuenta que éstas tienen una especial característica, 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.241)

Acorde con estos planteamientos, el cuidado de enfermería implica desarrollar habilidades que permitan afrontar de manera integral y personalizada el manejo y control del dolor de las personas, en términos de oportunidad, continuidad y calidad; por lo tanto, el profesional de enfermería requiere buscar alternativas que ayuden con prontitud a resolver este molesto, incómodo y en ocasiones desesperante síntoma en quien lo padece (Forero, B. 2001).

La enfermería tiene dos funciones en el tratamiento del dolor: Su función independiente de valoración, planificación y administración de un tratamiento de enfermería consistente fundamentalmente técnicas no invasivas del control del dolor y educación en hábitos de vida que prevengan y alivien el dolor y una

función interdependiente en una colaboración con el medico en la administración de técnica invasivas, fármacos y la valoración del dolor en el individuo.

Existen numerosos métodos de cuidados alternativos que pueden ser administrados por el enfermero ya sea de forma única o complementaria con otros fármacos, las ventajas de los cuidados alternativos son:

- Aumenta el umbral del dolor y la tolerancia (permite reducir la administración de analgésico o no usar)
- Mejora la relación enfermero- usuario
- Alivia al usuario y relaja al enfermero
- Fomenta la participación del usuario y por lo tanto favorece su independencia de los autocuidados
- Disminuye la auto medicación
- Es fácil de enseñar
- Es una actividad independiente de enfermería
- Fomenta estilos saludables

Las principales técnicas alternativas son:

Estimulación Cutánea: Consiste en la estimulación de la piel con el fin de aliviar o suprimir el dolor. Bien realizada no causa lesiones necesita de poca experiencia para ser usada de modo seguro y eficaz. Las técnicas de estimulación cutáneas que más se utilizan son las siguientes: masaje superficial, presión/masaje, vibración, calor o frio superficiales, aplicación de hielo/masaje, electropuntura, acupuntura y auriculoterapia.

Algunos de ellos tienen efectos relajante o de distracción que también contribuyen al control del dolor. Además todos ellos favorecen el contacto terapéutico que disminuye la ansiedad asociada al dolor.

Los mecanismos por los cuales la estimulación cutánea disminuye el dolor son pocos conocidos. La estimulación cutánea estimula las fibras gruesas, lo que produce a su vez una inhibición de los mensajes dolorosos transportados por las fibras finas. También es posible que la estimulación cutánea aumente la producción de endorfinas y que ese sea precisamente su mecanismo de acción.

Son técnicas que requieren muy poca participación de usuario por lo que se pueden emplear sin problemas en enfermos agotados. Algunos de estos métodos pueden ser utilizados fácilmente por el individuo, lo cual le da una sensación de control e independencia.

Distracción: Se define como centrar la atención del usuario en estímulos diferentes a la sensación dolorosa. Es un tipo de protección sensorial, es decir, el usuario se protege a si mismo de la sensación dolorosa aumentando otros impulsos sensoriales: auditivos, visuales y táctiles. El dolor se acentúa cuando toda la atención está enfocada en él.

Como beneficios de la distracción podemos resaltar que aumenta la tolerancia del individuo al dolor y la calidad de la sensación se hace más aceptable. Aumenta su autocontrol sobre el dolor y disminuye su intensidad.

Relajación e Hipnosis: las características fisiológicas de las respuesta de relajación son: disminución del consumo de oxígeno y de la frecuencia respiratoria, disminución de la frecuencia cardiaca, disminución de la tensión muscular, tensión arterial normal y aumento de las ondas alfa.

Se considera que las técnicas de relajación están dentro del ámbito de las prácticas de enfermería. La ANA (American Nurses Association) sostiene que las técnicas de relajación y sugestión pueden ser realizadas como parte integral del área de la práctica de enfermera.

La relajación mejora la sensación de autocontrol del usuario, disminuye su fatiga, una sesión de 5 a 20 minutos le proporciona mayor descanso que una hora de sueño.

Está demostrado que aumenta la eficacia de otras alternativas terapéuticas, por ejemplo los analgésicos se hacen más efectivos.

Visualización: Consiste en que el usuario imagina de forma consciente algo sobre el dolor que le proporciona alivio o lo relaje. Pese a su nombre, no solo puede utilizarse la imaginación visual, sino también la intervención del resto de los sentidos, trayendo a la mente olores agradables, música, sabores.

La visualización dirigida aumenta la confianza del individuo y su capacidad de controlar las experiencias dolorosas. Además ayuda a otros métodos analgésicos.

Musicoterapia: Hay registros históricos de que en la Grecia Antigua se tocaba música relajante para aliviar el dolor en mujeres en el parto.

Respiración: La eliminación de anhídrido de carbónico y la absorción de oxígeno modifican el pH de la sangre. En general la homeostasis depende de la respiración y puede que esa sea la razón de la relación entre esta y el estado emocional. Si la respiración cambia con las emociones, observamos también el fenómeno inverso, esto es la modificación del estado emocional a partir del control de la respiración.

Acompañante: El apoyo personal de un ser querido es algo fundamental. Nos hace recordar que no solo trabajamos con un individuo sino también con su familia y entramado social.

Hidroterapia: Tanto el uso de calor y frío, como las propiedades de las aguas minero- medicinales.

- Arcilla, fangos
- Fitoterapia (Medicina Naturista 2005 p. 416- 418)

◆ Establecer una comunicación adecuada con la persona: demostrar un interés sincero por él y su dolor, escucharle activamente, adoptando una actitud empática, siendo consciente de que las personas responden a la conducta verbal y no verbal. Mantener siempre una actitud tranquila, sosegada, serena ofreciéndole una relación afectuosa, preocupada y comprensiva.

Pérez, E. afirma que “la comunicación es un elemento básico en las relaciones humanas, y esencial en la interacción entre enfermera y paciente. Para ser un buen profesional de enfermería no basta con adquirir determinados conocimientos o ser capaces de llevar a cabo determinadas técnicas. Es necesario un razonamiento crítico, saber priorizar problemas y cómo resolverlos mediante decisiones acertadas, así como ser capaces de establecer una adecuada comunicación tanto con los pacientes y/o su entorno, como con el resto de los profesionales que intervienen en la atención de su salud” (2006 ,p. 06).

En definitiva, es muy importante saber qué decir, cuándo decirlo y cómo hacerlo, ya que de ello va a depender en gran medida la relación terapéutica entre el profesional enfermero y el usuario.

La comunicación entre enfermera y paciente se ve afectada por los frenéticos ritmos de trabajo, sobre todo en lo que al medio hospitalario se refiere. Acciones instrumentales como la administración de tratamientos, la realización de pruebas diagnósticas o el control de signos vitales del paciente ocupan un gran porcentaje de horas en su jornada laboral. Todo ello sin contar las múltiples tareas administrativas que realizan y aquellas actividades que quedan delegadas a las auxiliares de enfermería, como pueden ser la alimentación, el aseo del usuario o los cambios posturales. Muchas de ellas dicen no disponer de tiempo suficiente para establecer una adecuada relación comunicativa con los usuarios. De hecho, la mayoría de las veces que las enfermeras establecen una conversación con el paciente coincide con la realización de técnicas al mismo. Fuera de este tipo de actividades enfermeras el proceso de comunicación puede incluso llegar a ser visto como un obstáculo en su ritmo de trabajo sistematizado. Todo ello contribuye a la deshumanización del cuidado enfermero (Rich M, Martins MM, Rodríguez MA.2014).

Podemos además reiterar lo que dicen Dios C, Alba MA, Ruiz R (2013)

“En cuanto a la comunicación los pacientes demandan un trato cercano, personalizado, humano, profesional, cálido y paciente, acompañado de una mayor cantidad y calidad de la información recibida, ya sea de forma oral o escrita. Además, también consideran relevantes otros aspectos como que se les escuche y se les dedique más tiempo o que la enfermera que les atienda siempre sea la misma. Esto radica en el hecho de que actualmente la sociedad tiene más y mejores conocimientos sanitarios y que a su vez exige una mayor calidad en su atención” (p. 19).

De la forma en la que se establezca la comunicación con el usuario va a depender su propio bienestar, ya que una comunicación efectiva es imprescindible para encaminar cualquier estrategia de educación sanitaria. Así se consiguen objetivos tan necesarios para el paciente como una adecuada adherencia terapéutica, calmar su ansiedad o resolver sus dudas y temores, entre otros.

Alfárez AD (2012) destaca que la mayoría de los pacientes dan mayor importancia al trato recibido por el personal de enfermería que a sus competencias científico-técnicas, lo que pone de manifiesto lo importante que es una comunicación efectiva en la relación enfermera-usuario.

◆ Evaluar, documentar y registrar la evolución de la persona y la consecución de resultados. (Verona E, 2011).

El personal de enfermería es quien está en mayor contacto con el usuario que sufre dolor. Este contacto permanente le proporciona las herramientas necesarias para abordarlo de forma más humana y sensible, para identificar sus manifestaciones dolorosas, valorarlo adecuada y oportunamente, determinar el impacto que el dolor genera en él, en su familia y entorno, implementar acciones tendientes a aliviar su dolor, utilizando correctamente los recursos de que dispone y su conocimiento para el tratamiento de este dolor, para evaluar continuamente los resultados y la efectividad de las intervenciones terapéuticas

La humanización del cuidado nos enfoca entonces, en brindar atención de enfermería a los pacientes con dolor y sufrimiento proporcionando cuidados que respondan a sus necesidades individuales fundamentales.

El cuidado es la esencia de las competencias del profesional, entendiéndose como cuidado: Prodigar, proveer, atender, administrar acciones tendientes a brindar comodidad, alivio, equilibrio biopsicosocial al individuo-familia comunidad en los diferentes sistemas de atención en salud. (Montealegre, G.2014).

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES EN ESTUDIO

VARIABLES	DIMENSIONES	SUBDIMENSIONES	INDICADOR
-----------	-------------	----------------	-----------

Valoración del dolor en los registros enfermeros	Síntomas	<ul style="list-style-type: none"> • Angustia 	Registra información referente a situación de angustia tales como: llanto, manifestaciones de impotencia.
		<ul style="list-style-type: none"> • Intensidad 	Usa diferentes escalas
		<ul style="list-style-type: none"> • Duración y frecuencia Se relaciona con la presencia del dolor (ante que situaciones, cuánto tiempo se siente el dolor y cuando se intensifica) 	Se registra momento en el que se manifiesta el dolor, en qué momento se intensifica y el tiempo que dura
		<ul style="list-style-type: none"> • Calidad del síntoma (cómo se manifiesta según la persona) 	Registra información respecto de cómo la persona refiere el dolor: tipo, intensidad, momento en el que aparece, duración. Evalúa y registra signos vitales alterados como F.C., T.A., Frecuencia Respiratoria, u otros.
	Factores influyentes	<ul style="list-style-type: none"> • Fisiológicos (factores previos que pueden alterar la presencia y manifestación de dolor) edad de la persona, condición física de la persona (grado de avance de la enfermedad o causa que lleva al dolor) 	Registra o considera la edad de la persona (el dolor se manifiesta diferente según la edad) Grado de avance de la enfermedad o causante del dolor (etapa aguda o terminal)
		<ul style="list-style-type: none"> • Psicológicos 	Registra manifestaciones tales como: Preocupación, no conversa, retraído, ira, rabia, depresión

		<ul style="list-style-type: none"> • Situacionales 	Registra alteraciones o modificaciones del dolor vinculadas con la presencia/ausencia de familiares, cuestiones culturales /sociales.
	Consecuencias /efectos relacionados con los Patrones de Gordon	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades cognitivas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Cognitivo perceptual 	Registra la adecuación de los modos Sensoriales, como la visión, el oído, el tacto, el gusto y el olfato, el nivel de conciencia, Percepción del dolor y tratamiento, toma de decisión y la Valoración Neurológica.
		<ul style="list-style-type: none"> ○ Auto concepto y percepción 	Registra información referida a como la persona habla de su estado de salud, tristeza, depresión, autoimagen y autoestima.
		<ul style="list-style-type: none"> • Motoras <ul style="list-style-type: none"> ○ Descanso y Sueño 	Registra el sueño y descanso y características del mismo.
		<ul style="list-style-type: none"> ○ Actividad y ejercicio 	Registra grado de dificultad en la movilización, Signos Vitales Cardio-Respiratorios, Autocuidado y Movilidad.
		<ul style="list-style-type: none"> ○ Nutricional metabólica 	Registra información referida a Ingesta de

			alimentos
		<ul style="list-style-type: none"> ○ Eliminación 	Registra diuresis y catarsis y/o dificultades en la misma
		<ul style="list-style-type: none"> • Del comportamiento <ul style="list-style-type: none"> ○ Rol y relaciones 	Estructura y Roles Familiares, Laborales y Sociales, responsabilidades Personales, factores Sociolingüísticos y Fisiológicos.
		<ul style="list-style-type: none"> ○ Adaptación y tolerancia al stress 	Registra resistencia a los cambios, Control al Estrés, soporte familiar, Registra conductas que asume la persona para superar la situación de dolor.
Abordaje del dolor en los registros enfermeros	Cuidados dependientes	<ul style="list-style-type: none"> • Administración de fármacos 	Registra y evalúa administración efectuada
		<ul style="list-style-type: none"> • Valoración de los efectos esperados y no deseados (referido a síntomas o manifestaciones) 	Registro de los efectos deseados y no deseados referida a la medicación administrada
	Cuidados	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos alternativos <ul style="list-style-type: none"> ○ Cambios posturales ○ Masajes ○ Proporcionar una atmosfera adecuada ○ Presentar distracción como leer, mirar TV, 	Registra los tratamientos alternativos a realizar/realizados

	independientes	<ul style="list-style-type: none"> ○ pintar, etc. ○ Ejercicios respiratorios y de relajación 	
		<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados brindados 	Registra cuidados enfermeros brindados según el patrón de Gordon alterado

Respecto del concepto “percepciones acerca del dolor y sufrimiento, se propone indagar en primera instancia tres categorías:



Relación de Ayuda

Percepciones acerca del



Actitud Empática hacia el Usuario

Dolor y Sufrimiento



Visión Holística del “Otro”

CAPÍTULO

III

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

La investigación se llevó a cabo en el Hospital Horacio Heller, con el personal de enfermería que brindó cuidado a usuario hospitalizado con diferentes necesidades alteradas, sito en la ciudad de Neuquén Capital.

Los usuarios que allí concurren por lo general, no tienen obra social, tratándose de personas con diversas necesidades alteradas relacionado al dolor físico y

Sufrimiento que lo imposibilita a realizar sus necesidades por sí solo, dependiendo siempre de la atención directa del personal de enfermería.

El Hospital Horacio Heller es un Hospital General de Agudos, nivel VI de complejidad hospitalaria. Geográficamente se ubica dentro de la ciudad de Neuquén en la zona oeste, circunscripta por las calles: Godoy, Lighuen, Quimey y Marin. Está en condiciones de resolver la demanda de mediana y baja complejidad de su área de influencia siendo además hospital de referencia del área oeste de la Zona Sanitaria I, (Plottier, Senillosa, El Chocón), para los problemas que no superen esta complejidad. La población total de su zona de influencia para prestaciones hospitalarias es de aproximadamente 100.000 habitantes, pero en esta área se encuentran cuatro Centros de Salud: San Lorenzo Norte, San Lorenzo Sur, Progreso y Nueva Esperanza; todos ellos con dependencia administrativa del Área Metropolitana, que resuelven gran parte de la demanda del primer nivel de atención, de la población más cercana a dichos Centros. Su Área Programa propiamente dicha, donde el hospital se responsabiliza de todas las actividades desde primer nivel de atención en adelante, tiene en la actualidad, aproximadamente, 50.000 habitantes, siendo el sector que más ha crecido desde el último censo en la ciudad. Si bien la característica de la población no es homogénea, es en este sector de la ciudad donde hay mayor cantidad de personas con necesidades básicas insatisfechas, existiendo asentamientos como Barrio HIBEPA, Toma Norte, Toma Esfuerzo y

Toma Alma fuerte entre otros, donde gran parte de su población es desocupada o tiene trabajos precarios, lo que determina en gran medida las características del proceso salud-enfermedad de las mismas. Si bien hay otros barrios donde las condiciones de vida son mejores, con un alto porcentaje de población de 4 clase media asalariada, no escapan a la realidad actual del país, y la pauperización de este sector de la sociedad y la pérdida del trabajo y de su obra social, hace que se transformen en usuarios permanentes del Subsector Público. Con una superficie de 11.000m² la incorporación de este Hospital a la red de Servicios de la provincia significó un hecho de gran trascendencia tanto para la comunidad a la que asiste, como para el Sistema de Salud.

VISION

“Nuestra Visión a futuro es trabajar por un hospital inserto en su comunidad y mejor para todos. Un Hospital cada día mejor para los usuarios, más accesible, más eficiente, con mayor participación de la Comunidad en la resolución de problemas y formulación de propuestas.- Un Hospital más cercano al trabajador de salud, que tienda a involucrar a todos los trabajadores en el proyecto del Hospital, que lo conozca, mejore y perfeccione, donde los logros sean de todos y los desafíos un incentivo para mejorar”.

MISION

“La Misión o finalidad última del Hospital Dr. Horacio Heller es la de dar Asistencia Personalizada, Integral y de Calidad a la población de su área de influencia, y ser, al mismo tiempo un Centro Generador de conocimiento.- Su función se llevará a cabo a partir del desarrollo de su actividad como Servicio de Salud Polivalente (Hospital Nivel VI de complejidad, integrado al Sistema de Salud Provincial), bajo los criterios de la Atención Primaria de la Salud, teniendo responsabilidad directa sobre su Área Programa, y siendo el Hospital de referencia para el área Oeste de las zonas Sanitarias Metropolitana y Primera”.

VALORES

“Nuestros Valores se pueden resumir en cuatro características sustantivas al modelo de Hospital Público que queremos: ú Hospital de Calidad: Accesible, eficaz y eficiente, que privilegie el confort y el cuidado del medio ambiente. Calidad en los Servicios que brinda, orientados a satisfacer las necesidades de los usuarios, que favorezca el entorno del trabajo y propicie la mejora continua.- u Hospital Equipo de Salud: El Hospital es un equipo de agentes de salud con necesidades de comunicarse, de dialogar, de cooperar en el proyecto común, respetando las ideas de todos. El Hospital reconoce que el trabajo y el compromiso de todos aportan valor a la Institución. U Hospital del Barrio y de la Ciudad: Hospital inserto en su barrio con necesidad de dar respuesta hacia su comunidad, pero sin perder la capacidad de hacer frente a los cambios del entorno y responder a las necesidades crecientes del resto de los habitantes y del Sistema de Salud del cual forma parte. Afianzar la estrecha relación de referencia y contra referencia tanto entre el Hospital y sus Centros de Salud, como entre el Hospital y otros efectores. U Hospital Centro de Conocimiento: Hospital como difusor del conocimiento hacia la Comunidad, fomentando el auto cuidado responsable y hábitos de comportamiento saludables. Hacia el equipo de salud, la capacitación continúa de todos sus agentes acordes con las necesidades del Hospital. La formación de Recursos Humanos en salud es una parte integrante de la actividad del Hospital, que adecuará su funcionamiento y organización para hacerla posible”.

El funcionamiento clínico del hospital se sustenta en 10 Sectores, cada uno de ellos dirigido por un profesional Médico al que apoyan un Enfermero Jefe y un responsable administrativo del Sistema Gestión de Pacientes.

Atención en la Internación La internación se brinda bajo la modalidad de Cuidados Progresivos del Paciente.

Cuidados Progresivos del Paciente: El sector de internación presenta tres sectores de treinta y seis camas cada uno divididos en habitaciones de dos camas con baño privado. La modalidad de cuidados progresivos clasifica a los pacientes en pacientes de Cuidados Mínimos, Cuidados Intermedios y

Cuidados Críticos. De acuerdo a esta modalidad el paciente se interna en el sector que se determine en base a los cuidados que requiera. Esto permite un uso racional del recurso camas y presenta una nueva forma de organización diferente a los modelos clásicos, es decir, internación por servicios. Este modelo se basa en principios simples y de fácil comprensión y aplicación poniendo especial énfasis en los modelos matriciales de organización de las tareas. Además en el área de internación se encuentra el sector quirúrgico, maternidad y pediatría.

Unos de los servicios intermedios en el cual se desempeña se encargan de los usuarios ambulatorios, en la emergencias, centro obstétrico y neonatología, además presta sus servicios en el centro de esterilización, en los horarios de turno mañana, turno tarde y turno noche. Y otro de los servicios intermedios son las áreas dedicadas a los diagnósticos y tratamientos como por ejemplo diagnostico por imágenes, hemoterapia, nutrición, laboratorio, farmacia, kinesiología y fonoaudiología (Subsecretaría de Salud, 2000, p. 42)

La OPS adoptó la siguiente definición: "el Cuidado Progresivo de Pacientes es la concepción mediante la cual se organizan los servicios según las necesidades de atención del mismo, de tal forma que el enfermo reciba los cuidados en el grado que los requiera, en el momento más oportuno, en el sitio o área de hospital más apropiado a su estado clínico, independientemente de la especialidad por la que recurre".

DISEÑO METODOLOGICO:

ESTRATEGIA - TIPO DE ESTUDIO:

Esta investigación, según el problema y objetivos planteados, sigue una estrategia cuali cuantitativa, dado que triangula instrumentos de recolección del dato y su posterior análisis e interpretación.

El componente cualitativo, es el método más efectivo para investigar las respuestas emocionales de los sujetos, perspectivas o puntos de vista, en este caso del personal de enfermería, y por ende la más propicia para el presente trabajo de investigación. La base filosófica de la investigación cualitativa es interpretativa, humanista, y naturalista, ocupándose de la comprensión del significado de las interacciones sociales de las personas.

El tipo de estudio en consonancia con la estrategia seleccionada es descriptivo. Y esto se debe a que el propósito del investigador es describir situaciones y eventos. Es decir, cómo es y cómo se manifiesta determinado fenómeno. Los estudios descriptivos buscan especificar, las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar.

Estos estudios no implican la comprobación de hipótesis, aunque si se podrían plantear supuestos a partir de los resultados, ya que su finalidad es describir la naturaleza del fenómeno a través de sus atributos y de la narrativa de los sujetos que se ven implicados en una situación determinada.

En tanto que el componente cuantitativo, vinculado a los registros enfermeros, permite identificar los aspectos de la realidad que indaga (variables) con valores numéricos que permitan aplicar procedimientos estandarizados y en especial, utilizando la estadística descriptiva (Álvarez C. 2011, p. 19)

En cuanto a la temporalidad se trata de un estudio longitudinal, retrospectivo ya que se indagará acerca de un fenómeno que ya aconteció (registros de

enfermería), en tanto que es también prospectivo dado que indaga en el hoy sobre las percepciones del personal.

POBLACIÓN

La población en estudio, fue el personal de enfermería del Hospital Horacio Heller que está a cargo de usuarios con alteraciones en sus necesidades originadas por la presencia de dolor de tipo físico. La población está constituida por 166 personas, distribuidos de la siguiente manera: 52 Licenciados en enfermería, 87 enfermeros/as y 27 auxiliares de enfermería.

La muestra constituida por seis personas, fue seleccionada siguiendo un muestreo Opinático. Este tipo de muestreo permite seleccionar aquellos sujetos, que estratégicamente, pueden brindar información más pertinente. En este caso se trata de aquellos profesionales y/o técnicos que brindan atención directa a personas que han vivenciado situaciones de dolor y sufrimiento.

Una segunda unidad de análisis está constituida también por los registros de los usuarios hospitalizados con sus patrones funcionales alterados.

Criterios de inclusión para el personal de enfermería

- Pertener al plantel de enfermería (técnicos y profesionales) en atención directa a personas hospitalizadas
- Antigüedad en servicio de dos años o más
- Aceptar participar de la investigación

Criterios de exclusión

- Antigüedad inferior a dos años.

- No pertenecer al plantel de enfermería en atención directa a personas hospitalizadas
- No aceptar participar de esta investigación

Criterios de inclusión para los Registros de enfermería

Se consideran los registros de aquellos usuarios que tengan 48 horas o más de internación.

- Registros realizados por el personal de enfermería (técnicos y profesionales) que abordan cuidados a usuarios hospitalizados con patrones funcionales alterados.

Se consideraron los registros de los usuarios que manifestaron dolor físico con intervenciones de enfermería. Se consideró *un registro* a las anotaciones de enfermería realizadas durante tres turnos consecutivos para una misma persona. En cada caso se obtuvieron dos registros, es decir que se leyeron en total 6 turnos de trabajo consecutivos por cada HC.

Criterios de Exclusión.

- No se consideraron aquellos registros de usuarios con menos de 48 horas de internación.
- No se consideraron los registros que no conste manifestación de dolor por parte del usuario con intervenciones de enfermería.
- No se consideraron aquellos registros que no estén escritos por personal de enfermería técnico o profesional.

Se seleccionaron y leyeron 72 registros acontecidos durante la etapa de la recolección (período de tres meses) .Los registros debían pertenecer a usuarios internados que refieran manifestaciones de dolor y sufrimiento en el Hospital Horacio Heller.

PLAN DE RECOLECCION DE DATOS:

En congruencia con el resto de los componentes del proyecto hasta aquí desarrollados se concluye que la técnica más apropiada para la recolección de datos vinculados con la percepción de enfermeros y profesionales de enfermería es la entrevista en profundidad, por lo tanto supone una conversación con fines orientados a los objetivos de una investigación social. Es posible recoger una visión más profunda y completa de la problemática que se está investigando. Permittiéndonos explorar los diversos puntos de vista, posturas, habilidad para percibir la realidad y recordar hechos que pueden existir en relación al tema en estudio. Las preguntas fueron definidas previamente, considerando el objetivo propuesto.

Las entrevistas, realizadas por la autora de este informe, se desarrollaron en los lugares de trabajo del personal. En este sentido se tomó la precaución de seleccionar el espacio físico que favoreciera la privacidad.

Las narraciones fueron grabadas en audio y en cintas, que después de transcritas se destruyeron.

La lectura de los registros fue realizada por la autora del presente informe. El instrumento que se utilizó para la recolección de datos sobre los registros es la Lista Cotejo. Mediante este instrumento se examina y extrae información de documentos que contienen datos sobre el fenómeno a indagar.

Es extremadamente importante realizar la recolección de información con precisión (confiabilidad), exactitud (validez) y un mínimo de errores, en cualquier tipo de información recolectada para un estudio o de la forma en que esta se recolecte. Para ello y previo a la recolección del dato con la Lista Cotejo se realizó una prueba piloto de modo de observar si cumple con el requisito de instrumento confiable.

Guion a desarrollar en la Entrevista en Profundidad:

- Ante un usuario que refiere dolor y sufrimiento ¿Cómo se acerca o vincula con esa persona? ¿Qué actitud asume? ¿Qué tipo de relación intenta establecer?
- ¿Qué dimensiones humanas considera que hay que abordar?

PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS:

Dada la naturaleza de la investigación no existe un único método para el análisis de este tipo de datos.

Mediante el análisis estadístico descriptivo, y la interpretación de las narraciones se pretendió arribar a resultados y conclusiones sobre la problemática a investigar.

Todo análisis persigue alcanzar un mayor conocimiento de la realidad estudiada, avanzando en su descripción y comprensión, con el fin de elaborar modelos conceptuales explicativos.

Al tratarse de datos cualitativos, se preserva la naturaleza textual de los datos, poniendo en práctica tareas de categorización. En líneas generales, las tareas básicas empleadas en el proceso de análisis de datos, comenzó con la transcripción de los datos obtenidos durante la entrevista. Posteriormente en la reducción de datos, se seleccionó el criterio temático para dividir la información (categorización).

Luego de categorizar, se llevó a cabo la disposición y transformación de datos (estructuración) sintetizando y agrupando los mismos, para finalmente arribar a los resultados y conclusiones.

Justificación de la investigación:

La palabra investigación (research en inglés) significa “buscar de nuevo”, y la búsqueda de nuevos conocimientos es fundamental para el desarrollo de nuestra profesión, para poder aplicar cuidados basados en la evidencia. Más concretamente, la investigación se define como un cuestionamiento concienzudo y sistemático para validar y mejorar el conocimiento ya existente y generar nuevo conocimiento; y en enfermería, la podríamos definir como un “proceso científico que valida y mejora el conocimiento existente y genera nuevo conocimiento que influye en la práctica enfermera, directa o indirectamente” (Varela MD, Sanjurjo ML, Blanco FJ., 2012, p. 20).

Desde la incorporación de sus estudios a la Universidad, la profesión de enfermería ha experimentado una importante evolución, su rol y sus competencias profesionales han sufrido una clara transformación hacia una posición verdaderamente autónoma, responsable y con un cuerpo de conocimientos propio basado en la prestación de cuidados. Esto hace imprescindible la disposición al cambio, necesitamos estudiar, investigar y utilizar los hallazgos de la investigación en nuestra práctica profesional, ya que la integración de la investigación en la práctica enfermera garantiza una mejor y más rápida implantación de los avances científicos. (Varela, C. Gómez, L. Blanco, F. 2012, p. 19 - 20)

Este tema de investigación fue viable y digno de indagar debido a que, al investigar estos aspectos se aportan nuevos elementos de análisis, para focalizar, ampliar o comprender esta temática. Generando nuevos aportes significativos y de gran relevancia para el avance de nuestra disciplina.

La presencia del dolor y sufrimiento en las personas es de prevalencia en nuestros días más para nuestra disciplina de enfermería, lo cual permite que estemos en contacto diario con el usuario que padece los signos y síntomas del dolor. Por lo tanto los resultados de esta investigación permiten significar las situaciones por la que atraviesan el personal de enfermería al dar cuidados a personas que padecen dolor y sufrimiento. A partir de sus narraciones es deseable que permitan la reflexión acerca de sus propias percepciones y

abordaje que realizan. Por otro lado valorar los registros es relevante no solo por el valor legal implícito que tienen, sino porque se visibilizan las acciones de enfermería y permite revisarlas, planificando un cuidado centrado en nuevas evidencias.

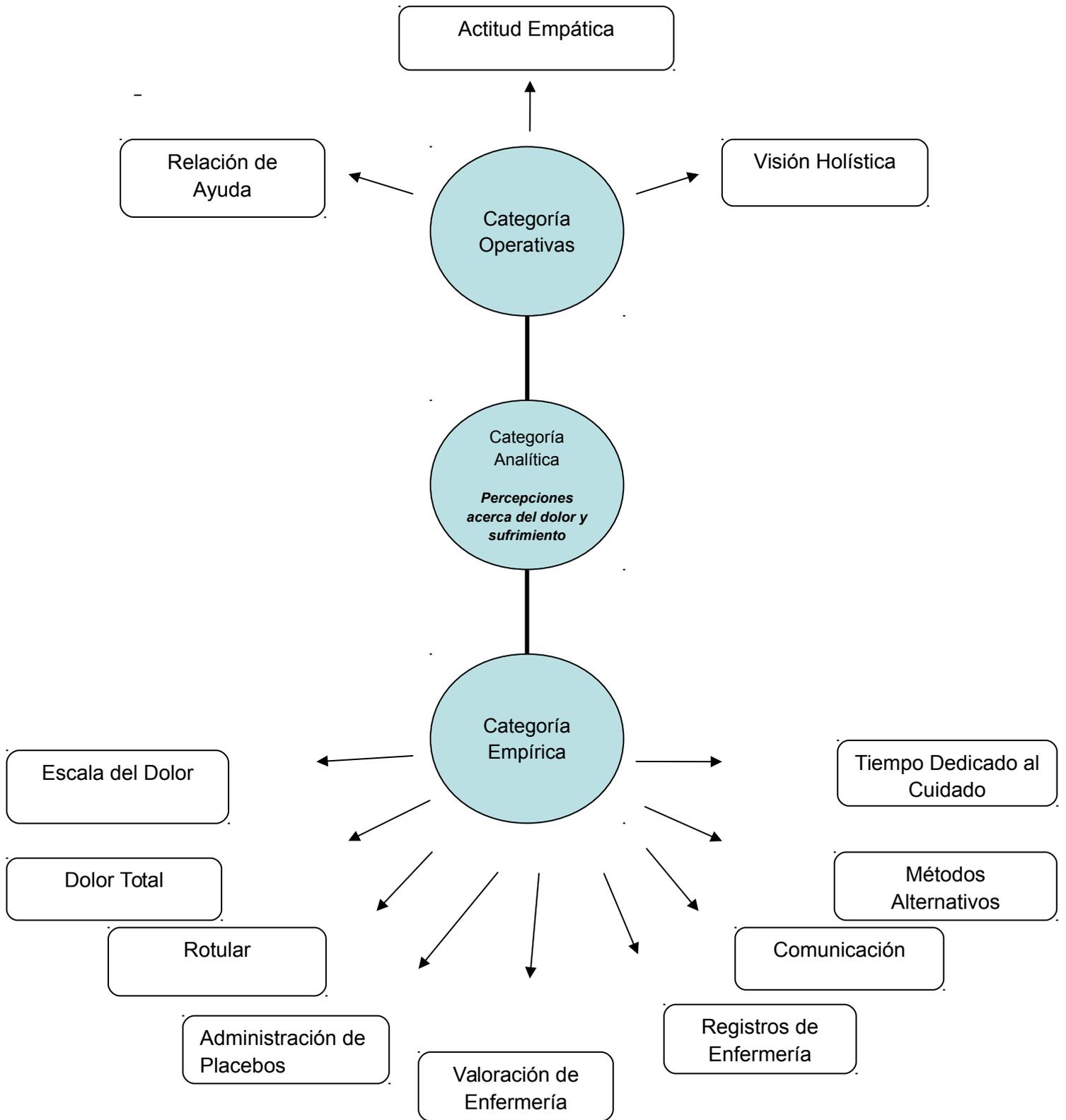
En cuanto a la viabilidad se dispuso de los recursos necesarios siendo los mismos propiedad del investigador, por ende los costos no provienen de ninguna fuente extra.

Se adjunta en los anexos las diferentes autorizaciones que se utilizaran para llevar a cabo dicha Investigación.

CAPÍTULO

IV

Presentación, Análisis e Interpretación de las Categorías Estudiadas



A partir de las narraciones se identifican a través de los siguientes párrafos las categorías operativas que aquellas por su significado vinculado con el objetivo de la investigación son relevantes.

Seleccionados los trozos o párrafos se relacionan con las categorías correspondientes y su respectiva interpretación.

Categorías Operativas	Fragmentos de la Narración ¹	Posible Interpretación
Relación de Ayuda	<p>“Generar el espacio en el otro... puedes confiar en mí”.... (B.) “Creo que sería eso esto de la mirada de pararse frente a l otro de decirle yo estoy”.... (B.) “Estoy para lo que necesites”..... (B.) “Vamos a preparar el cuerpo me quieren ayudar, darle la posibilidad si quieren también”.... Ante la muerte. (B.) “Lo que la familia necesita es que la escuchen y entender”..... (L.) “El familiar quiere que le brindemos nuestra confianza”..... (L.) “La enfermería es un apoyo importante para el paciente con dolor”.... (G.) “Se trata de ser lo más empática posible para lograr una charla y vinculo”... (G.) “El paciente tiene que saber que uno está”..... (G.) “Buscas la forma para que él te pueda expresar su dolor”..... (Y.) “Lograr en ellos que se sientan contenidos”..... (D.) “Mientras estuvo con vida lo tratamos bien”..... (D.) “Darle calidad al paciente”..... (D.) “Darle una buena calidad de vida”..... (D.) “Por lo general trato de creer en el dolor del paciente”.... (C.) “Si necesita algo llámeme yo soy el enfermero que voy a estar con el”.... (C.) “Usted me necesita llámeme “..... (C.) “Dándole confianza deme su número de teléfono”... (C.)</p>	<p>La Relación de ayuda consiste en establecer mediante recursos materiales, técnicos y relacionales, una relación terapéutica con el ayudado para que afronte los problemas lo más sanamente posible, creciendo en todo momento. En la Enfermería, la Relación de ayuda no se planifica, es propia de todo su ser, de sus cuidados. La hallamos en las actitudes, habilidades y relaciones que desarrolla en su profesión por el carácter interaccionista de los cuidados que otorga Las características de la relación ayuda son la escucha, la confianza que generamos en el otro, la comunicación y el contenido de la misma que sea basada en una comunicación terapéutica y ayudar en todo lo que se pueda desde una palabra hasta brindar un acompañamiento. En las narraciones descritas se identifican las características de la relación de ayuda, se observa que lo antes mencionado no se encuentra planificado sino que es propio de cada enfermero para el tipo de relación que cada usuario necesita dependiendo esto de cada situación vivida.</p>

Se indica con una letra la identificación de las personas entrevistadas, en este caso no se indica el nombre sino la letra inicial del mismo

Categorías Operativas	Fragmentos de la Narración	Posible Interpretación
Actitud Empática	<p>“Fue mucho tiempo de agonía.... Eso es sufrimiento y dolor... dolor para nosotros que lo mirábamos todos los días”.... (B.)</p> <p>“Me shokeo... los padres compran un cuatri... no tenían consuelo”..... (B.)</p> <p>“Como enfermeros tenemos que ponernos en el lugar del paciente y familiar”... (L.)</p> <p>“Uno siente enseguida la empatía con el dolor”.... (G.)</p> <p>“Cuando el paciente dice me duele, me duele”.... (G.)</p> <p>“El tema de trigémimo...es dolorosísimo tampoco cabe la menor duda”... (G.)</p> <p>“Principalmente lo que tratamos de establecer es la empatía”.... (Y.)</p> <p>“Siempre ponerse en el lugar del paciente”..... (Y.)</p> <p>“Muy importante ponerse en el lugar del otro”.... (Y.)</p> <p>“Aliviarle su dolor, entenderlo”..... (Y.)</p> <p>“Como enfermera necesito ser empática”..... (D.)</p> <p>“Ponerme en su lugar para entenderlo”..... (D.)</p> <p>“Debe existir la empatía siempre”.... (D.)</p> <p>“Entender al paciente a todos por igual”..... (D.)</p> <p>“Traten a su pacientes como les gustaría que traten a su familia”.... (D.)</p> <p>“Debemos tener una actitud empática y positiva”.... (D.)</p> <p>“Lo beneficioso es que es para el paciente”.... (D.)</p> <p>“El paciente tiene sentimientos”..... (D.)</p> <p>“Cuando vos hablas de ética y moral en enfermería..... Hincapié en la empatía”.... (c.)</p> <p>“Vos tenes que ponerte en el lugar de la otra persona”.... (C.)</p> <p>“La empatía es algo fundamental pero a veces difícil”.... (C.)</p> <p>“A veces te podes encariñar con el paciente”.... (C.)</p> <p>“Cuando te logras encariñar podes llegar un poco más a la familia”... (C.)</p> <p>“Pensar que el paciente si tiene dolor”... (C.)</p>	<p>La empatía es la intención de comprender los sentimientos y emociones, intentando experimentar de forma objetiva y racional lo que siente otro individuo. La palabra empatía es de origen griego “<i>empáttheia</i>” que significa “emocionado”.</p> <p>Es la capacidad cognitiva de percibir en un contexto común lo que otro individuo puede sentir. Es un elemento clave para la enfermería. Son muchos los autores que describen los beneficios de que el profesional de enfermería le muestre empatía al paciente (se siente más comprendido, se siente más aceptado, le ayuda a confiar, se siente menos solo, aumenta su autoestima, etc.) así como las ventajas de que los profesionales utilicen la empatía como recurso crea un ambiente más relajado ayuda a la comprensión del paciente, ayuda a mantener la identidad y el rol en la relación de ayuda, etc. La relación enfermero 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 de perspectivas, comunicar el entendimiento y dar respuestas de ayuda centrado en lo humano.</p> <p>Las narraciones mencionadas nos presentan como en cada relación con el usuario hospitalizado el enfermero muestra empatía y como hacen hincapié en colocarse en el lugar del otro, aceptando así las necesidades específicas de este y mostrando una actitud comprensiva mediante un cuidado holística.</p>

Se indica con una letra la identificación de las personas entrevistadas, en este caso no se indica el nombre sino la letra inicial del mismo

Categorías Operativas	Fragmentos de la Narración	Posible Interpretación
Visión Holística	<p>“Hay algunos que los ve en la forma en que se mueven en la posición que van tomando, a la posición de las manos, la cara, como gesticula, como está mostrándose”.... (B.)</p> <p>“Entras a la habitación y lo miras al paciente, lo observas en todos los aspectos”.... (L.)</p> <p>“Para abordar al chiquito tenes que abordar a la familia”... (G.)</p> <p>“A los pacientes con dolor los criterios que uno evalúa son muchos”... (G.)</p> <p>“Podes examinar en todo al paciente”..... (Y.)</p> <p>“Vas a mirarlo en todo sentido”..... (Y.)</p> <p>“Voy a valorar al paciente en su totalidad”.... (D.)</p> <p>“Vos lo observas por medio de sus gestos y movimientos”.... (D.)</p> <p>“Evaluar al paciente en todos sus aspectos”..... (D.)</p> <p>“Una mirada integral al paciente”..... (D.)</p> <p>“Una valoración más general”... (C.)</p> <p>“Tenes que hacer un estudio más general”.... (C.)</p> <p>“Antecedentes del paciente...una entrevista... e historia clínica”.... (C.)</p>	<p>Holístico es un adjetivo que indica que algo es relativo o pertenece al holismo. Se forma a partir del término griego ὅλος (<i>hólos</i>, que en español significa '<i>total</i>', '<i>todo</i>', '<i>entero</i>').</p> <p>En términos generales, holístico indica que un sistema y sus propiedades se analizan como un todo, de una manera global e integrada, ya que desde este punto de vista su funcionamiento sólo se puede comprender de esta manera y no sólo como la simple suma de sus partes.</p> <p>Cuando valoramos a una persona tomamos todos sus aspectos a estudiar tanto lo físico, lo psíquico y lo espiritual.</p> <p>La enfermería debe valorar al paciente desde que ingresa a ser atendido hasta que se va de dicho establecimiento, valorarlo en su totalidad biopsicosocial.</p> <p>La enfermería holística se define como una práctica que se enfoca en sanar a la persona completa a través de la unidad de cuerpo, mente, emoción, espíritu y medio ambiente. Se basa en la especialidad de la enfermería quienes se convierten en compañeros de la gente a la que cuidan. Los enfermeros holísticos creen en las actitudes mentales y en el espíritu para ayudar a levantar la salud de sus pacientes por medio de esta conexión.</p> <p>Partiendo de las narraciones mencionadas podemos observar que el usuario hospitalizado se lo mira en forma holística, global, general desde sus gestos y movimientos hasta los antecedentes propios, una entrevista e historia clínica.</p>

Se indica con una letra la identificación de las personas entrevistadas, en este caso no se indica el nombre sino la letra inicial del mismo

A continuación se identifican las categorías empíricas que han surgido de las mismas narrativas y que han sido consideradas de relevancia para la presente investigación.

Categoría Empírica	Fragmentos de la Narración	Posible Interpretación
Escala del Dolor	“Le pregunto si me va a referir dolor donde le voy a pedir un grado del dolor”..... (B.) “Si te doy un grado del 1- 10 cuanto me darías”.... (B.) “Se puede usar pero no se usa”.... (G.) “Manifiestan el dolor mediante una escala que vos le preguntas del 1- 10 que numero daría al dolor”..... (Y.) “Una escala del 1-10 me diga cuanto es el dolor”..... (D.)	Las escalas de medición del dolor constituyen una herramienta esencial en la valoración y evaluación del dolor debido a la necesidad de recurrir a técnicas que engloben e intenten sistematizar aspectos verbales, conductuales y fisiológicos. Permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 cm en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. Su utilización es importante porque: 1) Una inadecuada, incompleta valoración del dolor implica un mala decisión terapéutica y viceversa, una evaluación correcta del dolor se asocia con a un buen tratamiento del dolor; 2) son importantes para valorar la eficacia del tratamiento del dolor Las narraciones indican la importancia que tiene la escala del dolor y como se rige esta misma en una numeración con la cual es valorada el grado de dolor, para luego implementar el tratamiento indicado.

Se indica con una letra la identificación de las personas entrevistadas, en este caso no se indica el nombre sino la letra inicial del mismo

Categoría Empírica	Fragmentos de la Narración	Posible Interpretación
Dolor Total	<p>“Sufrimiento por no ser escuchado”.... (B.) “Era verdad era real tenia dolor y sufrimiento de tanta internación”..... (B.) “Es justamente más sufrimiento espiritual”... (Y.) “Es sufrimiento espiritual”.... (D.) “Personas que están en estado terminal y ellos te dicen no me duele nada pero sufro”... (C.) “Otros te dicen tengo dolor y estoy sufriendo”.... (C.) “Hay pacientes que están terminal y ellos te dicen yo no siento dolor pero estoy sufriendo”.... (C.) “El sufrimiento del paciente que no tiene dolor es más emocional que otra cosa”... (C.) “Puede que no tenga dolor pero está sufriendo”... (C.) “Se puede tomar como cosas separadas o como que una cosa te lleva a la otra”.... (C.)</p>	<p>El síndrome del dolor total es la expresión más intensa de su persistencia en una persona porque es capaz de convertirse en el centro de su vida, bloquear su relación con los demás y en una amenaza seria para su existencia. 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. El dolor total es uno de los síntomas más urgentes que se debe tratar. A través de las entrevistas se reconoce que enfermería da cuenta de las situaciones de sufrimiento acompañado del dolor o en algunos casos refieren un sufrimiento espiritual el reconocimiento de este sufrimiento da cuenta de una mirada integral hacia la persona cuidada. Sin embargo debe considerarse que en simultaneo el cuidado más inmediato que realiza enfermería es la administración de placebo lo que indicaría que la intervención, a diferencia de la valoración del dolor total no son congruentes. Por medio de las narraciones, observamos que el individuo no solo puede padecer de un dolor físico sino también de un dolor emocional que va acompañado del sufrimiento, por medio de la mirada integral de los enfermeros se puede llegar a la conclusión de que estos usuarios padecen del dolor total ya que abarca lo físico, emocional, social y espiritual.</p>

Se indica con una letra la identificación de las personas entrevistadas, en este caso no se indica el nombre sino la letra inicial del mismo

Categorías Empíricas	Fragmentos de la Narración	Posible Interpretación
Rotular	"Tenes esa clase de pacientes".... (B.) "Esa clase de pacientes le pones morfina".... (B.) "Lo que hago en esa clase de pacientes como tomar un punto de vista mío".... (B.) "Antes de que ingrese ya se lo rotula".... (B.) "Por ser psiquiátrico si tenía rotulo"..... (B.) "Todos vienen con rótulos".... (B.) "Encima que son adictos se ponen locos".... (D.) "Yo misma me he hecho de preconceptos".... (D.) "Rotulamos a la gente que entra"... (D.) "Le colocamos rótulos de entrada"..... (D.) "El rotulo se usa mucho"... (C.)	Rotular: Es una inclinación natural de los seres humanos. Sin embargo, puede convertirse en algo peligroso y destructivo. Rotular, después de todo, es la madre de toda discriminación y prejuicio. Pero no hay que llevarlo a un extremo. Preconceptos: Es un término utilizado en diversas ciencias sociales, con sentidos distintos aunque semejantes. No debe confundirse con el concepto de prejuicio, aunque ambos términos se refieren a distintos aspectos de lo que genéricamente se denomina un concepto previo o una idea preconcebida. Desde las narraciones anteriores observamos el uso de rótulos que se colocan en los usuarios hospitalizados, como se los clasifica lo cual esto lleva a una estigmatización. El usuario pierde su identidad como individuo y pasa a ser uno más del montón.

Se indica con una letra la identificación de las personas entrevistadas, en este caso no se indica el nombre sino la letra inicial del mismo

Categorías Empíricas	Fragmentos de la Narración	Posible Interpretación
Administración de Placebo	<p>“Le hiciste todo... y sigue con dolor... le haces un placebo y a Veces se calma”.... (G.)</p> <p>“Con ella usábamos el placebo y después se calmaba”.... (G.)</p> <p>“Pautamos ver la posibilidad de manejar el tema de ese dolor... a través de un placebo”... (G.)</p> <p>“Cuando no hay dolor... vos haces un placebo y el paciente queda conforme”.... (G.)</p> <p>“Cuando ya ves que está muy dependiente de una medicación... se le pasa un placebo”..... (Y.)</p> <p>“El placebo ayuda en los pacientes dependientes”..... (D.)</p> <p>“Tenes que usar el placebo”..... (D.)</p> <p>“En estos pacientes se usa mucho el placebo”..... (D.)</p> <p>“En la guardia se utiliza el placebo”.... (C.)</p> <p>“Le pasas un placebo y el mismo dice que le había calmado”... (C.)</p> <p>“Uno lo hace por indicación”... (C.)</p> <p>“Uno de los médicos dijo que se le hiciera placebo”... (C.)</p>	<p>Placebo es un sustantivo con raíces en un verbo latino, que se utiliza para hacer mención a la sustancia que carece de acción terapéutica por sí misma pero que, de todas formas, produce un efecto curativo en el paciente. Esto es posible ya que quien la ingiere, lo hace convencido de que posee propiedades beneficiosas para su organismo.</p> <p>La palabra proviene del latín <i>placebo</i>, que significa "agradaré", pues es la primera persona singular futuro de modo indicativo del verbo <i>placēre</i>, que significa "agradar".</p> <p>Desde el punto de vista científico de la farmacología y la medicina, la sustancia placebo es inerte, es decir, no tiene efecto alguno sobre el organismo.</p> <p>Lo que enfermería no visibiliza posiblemente es aquella necesidad no resuelta (del orden psicosocial) que presuntamente esta “detrás” de cada reclamo de cada analgesia. Valorar la condición de la persona al referir dolor, de modo integral atendiendo a la multidimensionalidad de la persona, permite una intervención adecuada y segura.</p> <p>A partir de las narraciones descritas observamos el continuo uso del placebo en los usuarios con dolor, sin mirar más allá del dolor, y el constante pedido de analgesia que realiza el individuo, sin realizar la valoración previa que se necesita para continuar con el tratamiento indicado. El uso del placebo omite y deja de lado la mirada integral al usuario que padece de dolor.</p>

Se indica con una letra la identificación de las personas entrevistadas, en este caso no se indica el nombre sino la letra inicial del mismo

Categoría Empírica	Fragmentos de la Narración	Posible Interpretación
Valoración de Enfermería	<p>“Una relación de contacto y escucha...” (B). “Lo que por ahí me cuenten mis compañeros me sirve de base para después ver a ese paciente...” (B). “Le doy mucha importancia a la observación”.... (B.) “Mucha la observación”.... (B.) “Pasamos tanto tiempo con el paciente viéndolo”.... (B.) “Investigamos un poquito más y venia de padres separados...” (G). “A loa pacientes con dolor los criterios que uno evalúa son muchos.... (G). “Cuando hacemos la valoración justamente si es un paciente que se comunica ves la expresión....” (Y). “Mediante los gestos en la cara te das cuenta si tiene dolor o no.....” (Y). “Podes examinar en todo al paciente por ahí no está hablando y con la cara te está expresando otra cosa....” (Y). “Uno se va mas a lo que es la valoración física y no tanto en lo espiritual.....” (Y). “vos lo observas por medio de sus gestos y movimientos”..... (D.) “Aquí valoramos mucho el dolor el sufrimiento del paciente...” (D). “he observado a muchos pacientes llorando”.... (D.) “te preguntan cómo los ve vos al paciente”.... (D.) “vos veías tranquilidad en su rostro”..... (D.) “cuando lo ves solo que nadie viene a verlo”.... (D.) “se observa muchas cosas aquí”..... (D.) “También se valora por medio de los signos vitales.... Ver la historia clínica a ver si tiene una patología de base....” (C). “Así se ve los antecedentes del paciente y través de una entrevista y ver la historia clínica....” (C). “Tenes que hace un estudio más general ver cómo están sus signos vitales, sus antecedentes y de acuerdo a eso ver.....” (C). “Una entrevista más profunda a parte de los signos vitales eso valoraría en el paciente...” (C).</p>	<p>Valoración es un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de datos sobre el estado de salud del paciente, a través de diversas fuentes. La piedra angular del trabajo enfermero es la valoración de enfermería, ya que es el método idóneo para recoger información e identificar problemas, y así poder realizar intervenciones enfermeras encaminadas a solucionar o minimizar dichos problemas. Esta valoración debe hacerse de forma individualizada, ya que cada usuario es una persona autónoma que va a interactuar con el ambiente de forma diferente. Debido a esto, la valoración debe ser continua y realizarse en todas y cada una de las fases de proceso enfermero, diagnosticando, planificando, interviniendo y evaluando, dependiendo de cada una de las situaciones en las que se encuentre el paciente. Partiendo de las narraciones anteriores la valoración de enfermería que se lleva a cabo por los profesionales entrevistados es integral ya que abarca todos los aspectos a valorar de un individuo, por medio de una valoración completa podemos realizar los cuidados necesarios para el usuario hospitalizado.</p>

Se indica con una letra la identificación de las personas entrevistadas, en este caso no se indica el nombre sino la letra inicial del mismo

Categoría Empírica	Fragmentos de la Narración	Posible Interpretación
Registros	<p>“Hay cosas que ponemos en los registros pero otras te las guardas vos”.... (Y.)</p> <p>“Va más a lo que es la valoración”.... (Y.)</p> <p>“Cosas personales no las puedes poner en los registros”.... (Y.)</p> <p>“Si estuvo comunicativo o si estuvo de buen ánimo esas cosas si las pones en los registros”... (Y.)</p> <p>“Recordar un poco la importancia legal”.... (D.)</p> <p>“Como nos vemos influenciados en ellos”.... (D.)</p> <p>“Deben escribir todo lo que se realiza al paciente”.... (D.)</p> <p>“Como dice el dicho lo que no está escrito no está hecho”.... (D.)</p> <p>“Se debe anotar todo todo”.... (D.)</p> <p>“Porque el registro son documentos legales”.... (D.)</p> <p>“Son muy completos aquí los registros”.... (D.)</p> <p>Los siguientes relatos provienen de un enfermero que por su función tiene la posibilidad de conocer todos los sectores de internación:</p> <p>“Los registros de enfermería son escasos o deficientes”.... (C.)</p> <p>“Últimamente el registro de enfermería que es muy pobre”... (C.)</p> <p>“Lo que no está escrito no está hecho”.... (C.)</p> <p>“Sinceramente no se usa el registro de enfermería”.... (C.)</p> <p>“Es difícil llegar al enfermero vos le explicas le explicas y no”... (C.)</p> <p>“Quiero tratar y profundizar los registros de enfermería”..... (C.)</p> <p>“Otra es la firma hacen garabatos y no sabes quién es”... (C.)</p>	<p>Soporte documental donde queda recogida toda la información sobre la actividad de enfermería referente a una persona concreta, valoración, Tratamiento recibido y su Evolución.</p> <p>Sirven como base legal para comprobar que la asistencia de enfermería sea realizada según las Normas aceptadas para la práctica profesional.</p> <p>En los registros los diagnósticos de enfermería se redactan después de que se hayan validado y Analizado las valoraciones de enfermería.</p> <p>La finalidad de la misma es dar la continuidad al cuidado.</p> <p>A partir de lo expuesto anteriormente se observa la importancia que algunos le dan a los registros en cuanto a otros exponen que el registro no se utiliza como debiera ser, se destaca una controversia entre enfermeros de una misma institución.</p> <p>No se observan Registros en cuanto al dolor que padece el usuario hospitalizado ni sus características, solo aparece la analgesia que se utiliza.</p> <p>El registro de enfermería como soporte documental debiera ser de suma importancia en el tratamiento y cuidado que se brinda y recibe el usuario mientras se encuentra hospitalizado.</p> <p>Aquí nos muestran que los registros de enfermería no se valora en toda su dimensión el dolor presente en el usuario, solo se hace hincapié en la escala del dolor no hay valoración subjetiva del dolor.</p>

Se indica con una letra la identificación de las personas entrevistadas, en este caso no se indica el nombre sino la letra inicial del mismo

Categoría Empírica	Fragmentos de la Narración	Posible Interpretación
Métodos Alternativos	<p>“Aquí se está realizando acupuntura”.... (B.)</p> <p>“Yo creo en lo alternativo”... (B.)</p> <p>“Pacientes que están excitados que no se relajan.... El baño los relaja”.... (B.)</p> <p>“Ofrecemos cambios de posición o le ofrecemos una almohada para aliviar un poco el dolor”.... (Y.)</p> <p>“Tratamos de ofrecerle rotación para disminuir el dolor”.... (Y.)</p> <p>“Tratamos de movilizarlo fuera de la cama”.... (Y.)</p> <p>“Ofrecerle un baño que eso lo relaje”.... (Y.)</p> <p>“Colocamos colchón anti escara”.... (Y.)</p> <p>“Hacer cambios de posición, masajes o colocar almohadas”... (D.)</p> <p>“Rotación, cambios de posición, colchón anti escara, etc”.... (D.)</p> <p>“Un baño relajante el paciente ya queda tranquilo”..... (D.)</p> <p>“Si esta con dolor ponerlo en decúbito dorsal”.... (C.)</p> <p>“Por más que uses posturas y eso el paciente sigue con dolor”..... (C.)</p> <p>“Una postura puede que te haga bajar el dolor pero no creo del todo”.... (C.)</p>	<p>Acepta y fomenta la práctica de otras formas de curar esto ayuda a disminuir la morbimortalidad, se ocupan del ser humano en forma integral, trata al paciente y no a la enfermedad.</p> <p>Si no recibe tratamiento para el dolor, su apetito puede disminuir y es posible que le cueste dormir. Una persona en situación de dolor que no recibe el cuidado y tratamiento específico es posible que manifieste desgano o incapacidad para ciertas actividades. El dolor también puede influir en su estado de ánimo y sus relaciones con los demás. El uso de terapias alternativas puede ayudarle a calmar el dolor o a tener un mayor grado de control sobre su dolor. Esto podría mejorar la calidad de vida.</p> <p>Los tratamientos que influyen en los componentes sensorial, emocional y afectivo de la percepción del dolor pueden interrumpir el ciclo del dolor crónico especificar métodos alternativos de enfermería.</p> <p>A partir de la narración por parte del personal de enfermería se interpreta que son importantes los métodos alternativos pero no tanto como para implementarlos siempre, “se cree que puede disminuir el dolor pero no tanto”. Actualmente los métodos alternativos juegan un papel de suma importancia para el manejo del dolor, desde los masajes hasta la hidroterapia se ha comprobado la disminución del dolor en los individuos que padecen del dolor.</p>

Se indica con una letra la identificación de las personas entrevistadas, en este caso no se indica el nombre sino la letra inicial del mismo

Categoría Empírica	Fragmentos de la Narración	Posible Interpretación
Comunicación	<p>“Le explico bien, de comunicación”.... (B.)</p> <p>“La palabra como lo fundamental”.... (B.)</p> <p>“Cuando nosotros podemos hablar también eso está bueno”.... (B.)</p> <p>“Ganarme del lado del familiar, al lado del paciente de hablar”.... (L.)</p> <p>“Hablar con el paciente para que tome conciencia de su enfermedad”... (L.)</p> <p>“Hablar con ellos, escucharlos.... Comienza la confianza”..... (D.)</p> <p>“Cuando escuchamos a un paciente él nos cuenta”..... (D.)</p> <p>“Sin que vos le preguntes ellos te cuentan”..... (D.)</p> <p>“Soy una persona que me gusta mucho el dialogo”... (C.)</p> <p>“Trato de hablar con el paciente explicarle como se trata la medicación”... (C.)</p> <p>“Tratar de tranquilizarlo informarle un poco de lo que se le está haciendo”.... (C.)</p> <p>“Soy de hablar mucho me comunico mucho con el paciente”.... (C.)</p> <p>“Cuando vos le hablas se relaja un poco”.... (C.)</p> <p>“Lo mejor de todo hablar tranquilo y no desesperar”.... (C.)</p> <p>“Hablarle tranquilo y explicarle bien que patología tiene”..... (C.)</p> <p>“La forma de llegar no te queda otra que la comunicación”..... (C.)</p> <p>“La comunicación es lo fundamental en todo”.... (C.)</p> <p>“Para mí la falta de comunicación es la causa que hayan muchos problemas”.... (C.)</p> <p>“La forma de llegar a la familia es comunicándote”.... (C.)</p>	<p>La comunicación es el proceso de transmisión de información entre un emisor y un receptor que decodifica e interpreta un determinado mensaje.</p> <p>Por medio de ella intentamos una relación en donde se puede lograr la confianza y una comunicación terapéutica. Comunicar el dolor o molestia que padezca.</p> <p>Desde el inicio de la enfermería como profesión es bien conocido que uno de los aspectos más importantes de la atención al individuo sano o enfermo, es la comunicación, ya que permite establecer interacciones y relaciones terapéuticas encaminadas a la restauración de la salud. Sin embargo, hoy en día, continúa relegándose a un segundo plano. Habilidades y características tales como la empatía, la escucha activa, el respeto a la dignidad del individuo etc., se deben desarrollar con la finalidad de conseguir una comunicación eficaz y una relación terapéutica satisfactoria. Esto implica un gran cambio en el significado de cuidar y en la humanización del proceso asistencial.</p> <p>A partir de los trozos de narración se observa que el personal de enfermería hace mucho hincapié en la importancia de la comunicación y cuál es la finalidad de esta misma lograr que el usuario se sienta en confianza y tranquilo en su internación hospitalaria y pueda referir sin prejuicios su molestia o dolor que este padeciendo.</p>

Se indica con una letra la identificación de las personas entrevistadas, en este caso no se indica el nombre sino la letra inicial del mismo

Categoría Empírica	Fragmentos de la Narración	Posible Interpretación
	“Con tanta cantidad de pacientes... no todos pueden tener	Con la dedicación del tiempo como enfermeros

Tiempo dedicado al cuidado	tiempo"... (B.) "No te da el tiempo para descansar, ni para charlar".... (B.) "No quiero que me hagas más nada y me tome mi tiempo".... (L.) "El tiempo que se brinda es justo y necesario cuando no hay mucho trabajo".... (G.) "Establecer una relación y ofrecer tu tiempo".... (Y.) "Acá estas todo el tiempo con el paciente".... (Y.) "Darle todo el tiempo que necesite"..... (D.) "Si nos queda tiempo dárselo a ellos".... (D.) "..... Así se puede dar el tiempo para charlar con el paciente"... (D.) "Deberíamos tener un tiempo para el paciente"..... (D.)	logramos en los individuos la compañía que necesitan, este tiempo brindado sea en silencio o dialogando permite al usuario que sea más llevadero su estadía por internación. A través de las narraciones obtenidas observamos la importancia de la dedicación del tiempo en los usuarios hospitalizados pero hay una baja dedicación a este, " con tanta cantidad de pacientes... no todos pueden tener tiempo".. Estos comentarios nos muestran la poca dedicación del tiempo.
----------------------------	---	--

Se indica con una letra la identificación de las personas entrevistadas, en este caso no se indica el nombre sino la letra inicial del mismo

Interpretación de los Datos Cualitativos

Categorías Operativas

Presentadas las narraciones se puede interpretar que tanto la relación de ayuda, la empatía como la visión holística como características propias del cuidado se llevan a cabo en la relación diaria con el usuario hospitalizado que presenta dolor y sufrimiento.

Enfermería debe incluir al administrar el cuidado, características que le son propias tales como la confianza, la escucha y la comunicación terapéutica, otorgando así al individuo las herramientas para que este pueda sentirse comprendido y valorado en su periodo de internación sea cual fuere su patología y el dolor que presente.

En todo acto de cuidado al usuario hospitalizado se lo debe tratar como un ser integro, un ser holístico, brindando seguridad, confianza y protección en su estadía hospitalaria, satisfaciendo así las necesidades humanas alteradas.

Además se debe mantener una comunicación fluida en relación a enfermero-usuario, para así dar la posibilidad a este, a que pueda expresarse y referir todo lo que sienta como por ejemplo sus miedos, dudas, y preocupaciones, en especial al tratar el dolor y el sufrimiento de esté.

Considerando al usuario como un ser integral, el individuo fuera del hospital insertado en la sociedad tiene una vida, por eso el personal de enfermería mientras el individuo este hospitalizado debe proveer cuidados, brindar una comunicación y escucha, favoreciendo así las herramientas para su tratamiento y su pronta recuperación.

La humanización del cuidado nos enfoca entonces, en brindar atención de enfermería a las personas con dolor y sufrimiento proporcionando cuidados que respondan a sus necesidades individuales fundamentales.

El cuidado es la esencia de las competencias del profesional, entendiéndose como cuidado: Prodigar, proveer, atender, administrar acciones tendientes a brindar comodidad, alivio, equilibrio biopsicosocial al individuo-familia

Comunidad en los diferentes sistemas de atención en salud. (Montealegre, G.2014).

De acuerdo a lo anteriormente expuesto se puede decir que enfermería es también un arte que requiere de sensibilidad para brindar cuidados humanizados, enfatizando la calidad integral y holística de los mismos.

Por lo tanto la percepción que tiene el personal de enfermería destaca y muestra que reconoce al individuo como un ser único con necesidades propias que son abordadas desde la enfermería mostrando así la comprensión al otro, una mirada integral, holística y una relación de ayuda por medio de cuidados brindados, especialmente en situaciones de dolor y/o sufrimiento.

Categorías Empíricas las categorías

Si bien en las categorías operativas se identifica una mirada integral del usuario frente a la situación del dolor, en esos mismos relatos surgen categorías empíricas que se contradicen con lo expresado anteriormente mostrando una percepción diferente.

En este sentido se retoma lo que manifiesta Poblete, M. (2007) “El cuidar es la acción esencial de la enfermería y se realiza para proteger, mejorar y preservar la humanidad, apoyando a la persona durante la comprensión de su enfermedad, sufrimiento y dolor, como también para ayudarla a adquirir autocontrol, autoconocimiento y auto cuidado”. (p.499).

En el tratamiento del dolor en el usuario hospitalizado no se brinda una valoración previa de enfermería de tipo completa y exhaustiva.

El personal de enfermería debe brindar un plan de cuidado, para ello debe valorar el dolor del usuario continuamente basándose siempre en la respuesta del usuario. La valoración inicial del dolor se obtiene a través de la entrevista y estableciendo un proceso de interacción enfermera-usuario y de comunicación

asertiva. De esta forma el usuario siente que existe una verdadera preocupación por él y su dolor y se siente reconocido por parte del profesional.

Luego de una valoración completa se debe registrar la escala utilizada lo cual mide la intensidad y grado del dolor para cada usuario, para así llevar a cabo las diferentes actividades y cuidados tanto para la prevención como para el alivio del dolor y sufrimiento del mismo, pudiéndose desde un cambio de posición hasta el cumplimiento total del tratamiento de analgesias.

De las narraciones mencionadas por el personal de enfermería se identifica una incompleta *valoración de enfermería* hacia el usuario hospitalizado que padece dolor, y en muchas oportunidades no se utiliza el instrumento de la *escala del dolor*, lo cual no permite ver el grado y tipo de dolor que padece el individuo. El hecho de no abordar una completa valoración ¿modifica la percepción del personal de enfermería?

Es así que, de las narraciones surge una categoría empírica, cual es la clasificación de personas (*Rotular*), situación que pone en duda su manifestación de dolor sin apelar a una valoración completa y exhaustiva. Se interpreta, entonces, que enfermería “coloca un rotulo” al usuario, estigmatizando de esta manera al mismo.

Erving Goffman (2007) define la *estigmatización* como “Figurativamente se utiliza este verbo para referirse a toda persona que queda marcada socialmente por una acusación por la cual se pone en duda su moral, su honra y su estima. También se usa como sinónimo de ultrajar e injuriar”. (p. 25)

El *Rotular* está asociada a la atención general de salud esto nos muestra que las condiciones asociadas por su parte son el (estereotipo, discriminación y temor, entre otras), esto a su vez tiene consecuencias para el acceso a los servicios de salud generales, en términos de la percepción negativa que el equipo de salud pueda poseer de los diferentes individuos que ingresen para su atención.

Siguiendo estos conceptos y en relación a las personas que presentan dolor y sufrimiento, el acceso a un cuidado integral está limitado, dado que

contrariamente a una valoración más específica y necesaria para accionar luego, se aborda el tratamiento del dolor utilizando placebos. La *administración de placebo* suele estar acompañada de una valoración basada en los propios supuestos de la enfermería, y lejos de acercarse a la actitud empática se observa la identificación de las personas y la situación de dolor con un rotulo o etiqueta.

En este sentido y siguiendo a Montaner Abasolo, María Carmen; Soler Company, Enrique (2004) “El dolor se siente, se sufre, se conoce y se interpreta. Cada cual vive el dolor a su manera, según su personalidad, según sus conocimientos e información que el dolor le suministra del mundo y los otros, según los hábitos adquiridos en experiencias dolorosas anteriores”. (p.51)

En consonancia Achury Saldaña (2007) manifiesta que “Como profesionales de la salud desempeñamos un papel muy importante en el manejo del dolor. No basta con administrar analgésicos y desdeñar la verdadera experiencia del dolor. Es necesario mirar más allá y profundizar en su verdadero significado no sólo desde el punto de vista teórico, sino práctico-vivencial, por las personas que lo padecen” (p. 9)

De este modo al “rotular “ a las personas que sufren dolor , e intervenir con la administración de un placebo estamos desestimando la experiencia de dolor, abordando al mismo de manera ineficiente.

Además, Lenz ER, Pugh LC, (citado por Venegas y otros, 2011) considera al síntoma como una experiencia individual subjetiva y no lo considera de manera aislada, por el contrario, toma en cuenta el contexto familiar y social, junto con los factores situacionales que pueden influir en los síntomas.

Retomando los párrafos de los profesionales entrevistados podemos observar que se producen opiniones diferentes entre profesionales en cuanto a la

utilización e *importancia de los métodos alternativos* dado que algunos los reconocen como importantes y otros no. Con lo expuesto anteriormente podemos decir que la humanización del cuidado nos enfoca entonces, en

brindar atención de enfermería a las personas con dolor y sufrimiento proporcionando cuidados que respondan a sus necesidades individuales fundamentales.

Los tiempos cortos y escasos (*tiempo dedicado al cuidado*) son también mencionados por los entrevistados en sus narraciones, y que los cuidados no son brindados en tiempo, y forma, de acuerdo a las necesidades no satisfechas con la disponibilidad de tiempo que se requiere.

Debido a esto la *comunicación* entre el enfermero y el usuario se ve alterada, no llegándose a dar la confianza necesaria que tiene que existir para un tratamiento y plan de cuidado integral

Rich Met et (2014) afirman la importancia acerca de la comunicación entre enfermero- usuario, la cual se ve afectada debido a los frenéticos ritmos de trabajo, sobre todo en lo que al medio hospitalario. Acciones instrumentales como la administración de tratamientos, la realización de pruebas diagnósticas o el control de signos vitales de la persona ocupan un gran porcentaje de horas en su jornada laboral. Todo ello sin contar las múltiples tareas administrativas que realizan y aquellas actividades, como pueden ser la alimentación, el aseo de la persona o los cambios posturales.

Dicen no disponer de tiempo suficiente para establecer una adecuada relación comunicativa con los usuarios.

De hecho, la mayoría de las veces que las enfermeras establecen una conversación con la persona coincide con la realización de técnicas al mismo tiempo. Fuera de este tipo de actividades enfermeras el proceso de comunicación puede incluso llegar a ser visto como un obstáculo en su ritmo de trabajo sistematizado. Todo ello contribuye a la deshumanización del cuidado enfermero.

Una buena comunicación entre enfermero- usuario logra el bienestar en el mismo, favoreciendo de este modo cualquier estrategia de educación para el autocuidado.

Se observa además que los *registros enfermeros* juegan un papel de poca importancia en el cuidado brindado al individuo hospitalizado según las narraciones brindadas anteriormente.

Los cuidados que refiere realizar el personal de enfermería no se ve plasmado en los registros enfermeros, por ende el tratamiento y cuidado continuo puede modificarse.

Pesina Leyva, R. (2012) afirma que “Enfermería como profesión, requiere brindar cuidados de calidad convirtiendo al Proceso Enfermero en un instrumento para que la enfermera evalúe constantemente el cuidado que brinda al paciente”. (p. 84)

Esto significa que se necesita "documentar en la hoja de enfermería del expediente del paciente, las etapas del proceso enfermero en relación al cuidado otorgado al paciente, porque esto evita duplicaciones u omisión es que representarían una evidencia sobre la atención de enfermería y la evolución del estado de salud del paciente".

Por lo expresado anteriormente se destaca que en las narraciones antes mencionadas se identifica un discurso por momentos contradictorio dado que por un lado se identifica a un ser holístico, multidimensional y por otro se asignan rótulos a las mismas personas y el tratamiento del dolor no abarca todas las dimensiones humanas.

Recordamos entonces que Enfermería en relación al estado de salud del individuo que padece dolor juega un papel importante, En este sentido “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” (W. Astudillo, 1999, p. 60).

El *dolor total* es uno de los síntomas más urgentes que se debe tratar, no solo se da en los sujetos con cuidados paliativos sino que desde el punto de vista de cada sujeto que padece algún tipo de dolor.

Análisis e Interpretación de los Datos Cuantitativos

Una vez recolectado los datos a través de la lista cotejo, se codificaron para posteriormente obtener una distribución porcentual que refieren la presencia o ausencia de las dimensiones establecidas, de acuerdo a la operacionalización planteada oportunamente.

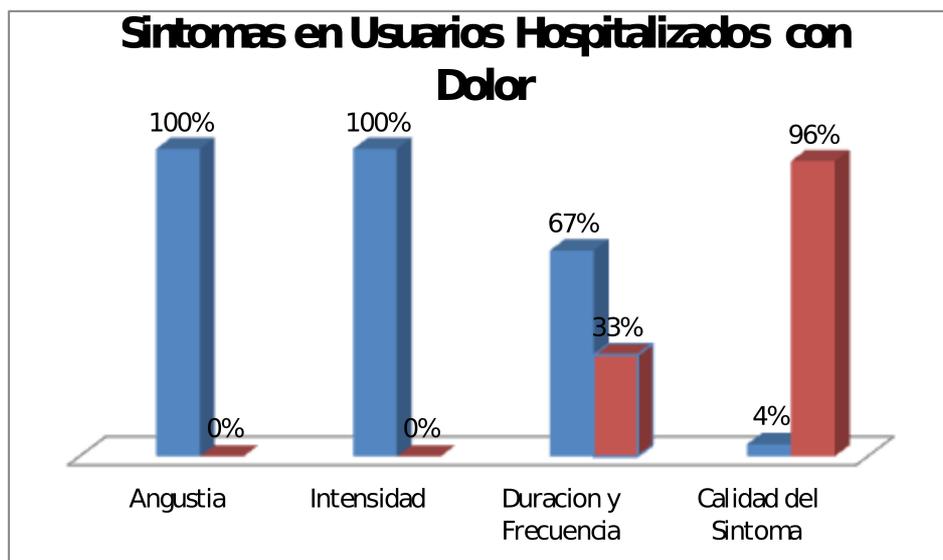
Siguiendo esa operacionalización se confeccionó la lista cotejo y se obtuvieron los siguientes datos:

En primer lugar observamos una de las dimensiones estudiada denominada ***Síntomas en Usuarios Hospitalizados con Dolor*** que a su vez se subdividió en subdimensiones agrupadas en ***Angustia, Intensidad, Duración y Frecuencia y Calidad del Síntoma.***

Tabla 1. Registros de enfermería según la dimensión “Síntomas” y sus subdimensiones. Hospital H. Héller. Período Noviembre 2016-Febrero 2017.

Síntomas en Usuarios Hospitalizados con Dolor				
Registros Enfermero N= 72	Angustia	Intensidad	Duración y Frecuencia	Calidad del Síntoma
No se registra	100 %	100 %	67 %	4 %
Si se registra	0 %	0 %	33 %	96 %

Fuente: Lista cotejo elaborada para el proyecto de investigación. Año 2017



Fuente: Lista cotejo elaborada para el proyecto de investigación. Año 2017

NO SE REGISTRO



SI SE REGISTRO



La primer subdimensión, denominada **Angustia** muestra que el 100 % de los registros de enfermería estudiados no informan acerca de las situaciones de angustia, al igual que la segunda subdimensión en la que se observa que el 100 % de los registros leídos no informa acerca de la **Intensidad del dolor**. La tercer subdimensión evaluada fue la **Duración y Frecuencia** del dolor, observándose que el 67 % no está presente en los registros enfermeros y el 33% si lo está, y la última subdimensión indagada fue la **Calidad del Síntoma** que evalúa, lo observado indica que el 96 % si registra y el 4 % no registra acerca de esta subdimensión.

La subdimensión que mayor registro tiene es la calidad del síntoma que hace referencia a registros vinculados con la valoración de parámetros vitales, momento en que aparece el dolor y su duración referido por el usuario. En

tanto que no se hallaron registros vinculados con demostraciones de angustia y la intensidad del dolor (valorado a través de una escala).

La subdimensión Angustia tiene como finalidad evaluar el llanto, manifestaciones de impotencia, ansiedad, preocupación, retraído, ira, rabia, depresión, malhumor, agresividad, abatimiento, desmotivación, del individuo que refiere dolor en su estadía hospitalaria, la Intensidad es la siguiente subdimensión que hace hincapié en las diferentes escalas que es utilizada por el personal de enfermería para medir el dolor del usuario, continuando con la siguiente subdimensión que es la Duración y Frecuencia, se hace hincapié en la manifestación del dolor, en qué momento o situación se intensifica y el tiempo que dura este, o solo en la manifestación del dolor.

Ultima subdimensión a evaluar de la Dimensión Motora fue la Calidad del Síntoma la cual registra respecto de cómo la persona refiere el dolor, el tipo de intensidad, momento en el que aparece y duración del mismo.

Luego de plantear esta distribución porcentual acerca de los síntomas del dolor podemos afirmar que, según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, este se define como: “El dolor es una experiencia sensitiva y emocional desagradable que se asocia a una lesión tisular real o posible, o que se describe como tal” (IASP: 2009: p.189).

El dolor es un síntoma que se encuentra presente en cualquier enfermedad o patología, es un motivo habitual de consulta, para el individuo es una experiencia compleja la cual incluye múltiples factores, no solo a nivel físico, sino que también desencadena alteraciones a nivel psicológico, lo que originan sentimientos como sufrimiento, ansiedad, depresión y desesperación.

Además se puede observar que también se ocasionan cambios en el plano social de quien lo padece y de quien lo trata.

El dolor debe ser valorado por el personal de enfermería realizando esta, una evaluación completa y exhaustiva del individuo que padece el dolor, los parámetros a incluir son los siguientes:

Medir el dolor, esto es su grado de intensidad. A partir de un instrumento específico que es la escala del dolor. Valorar el dolor de la persona, donde, como y desde cuando lo padece. Verificar con el individuo la localización, intensidad y calidad del dolor pudiéndose ser opresivas, quemantes, punzantes, fijas y continuas, el inicio y duración del mismo.

Cuando el dolor se encuentra presente en una persona altera el confort y la calidad de vida del mismo, produciendo así insomnio, irritabilidad, disminución de la actividad física y no dejando atrás las alteraciones de sus relaciones con la familia.

Identificando a tiempo las características propias del dolor, podremos determinar las medidas adecuadas para aliviar dicho síntoma.

El personal de enfermería luego de identificar estas características del dolor debe brindar un plan de cuidado, valorando continuamente basándose siempre en las respuestas del usuario.

Todo plan de cuidado o actividad realizada con el individuo se debe registrar, para así llevar a cabo las diferentes actividades y cuidados tanto para la prevención, alivio y un mejor seguimiento del mismo por parte del equipo de salud.

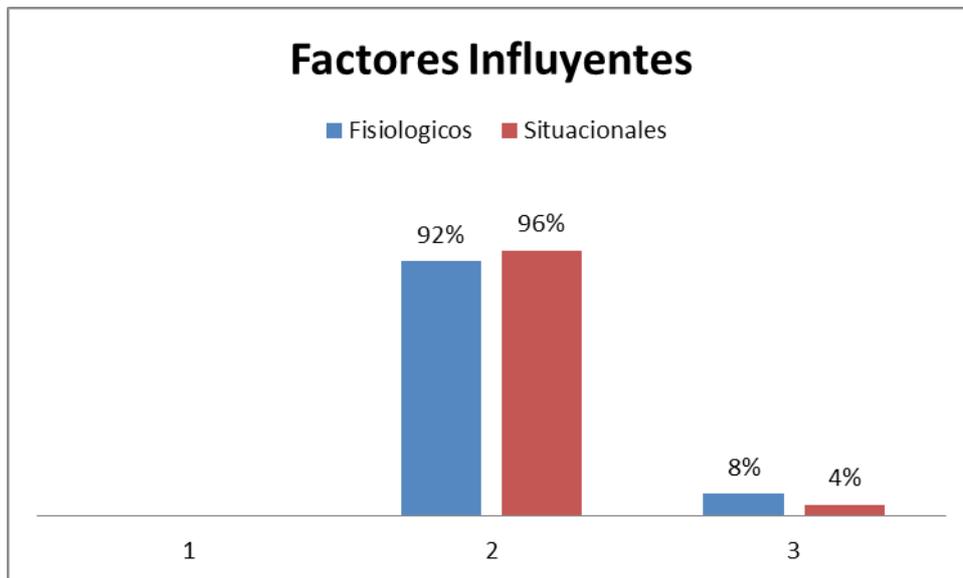
Dimensión Factores Influyentes en Usuarios Hospitalizados con Dolor

Seguidamente se hace el estudio de la segunda Dimensión denominada **Factores Influyentes**, presentando dos subdimensiones: **Fisiológicos** que evalúa la edad de la persona o el grado de avance de la enfermedad y los **Situacionales** que evalúa las modificaciones del dolor vinculada con la presencia o ausencia de familiares o cuestiones culturales/ sociales.

Tabla 2: Registros de enfermería según la dimensión “Factores Influyentes” y sus subdimensiones. Hospital H. Héller. Período Noviembre 2016-Febrero 2017.

Factores Influyentes en Usuarios Hospitalizados con Dolor		
Registros Enfermero N=72	Fisiológicos	Situacionales
No se registra	92 %	96 %
Si se registra	8 %	4 %

Fuente: Lista cotejo elaborada para el proyecto de investigación. Año 2017



Fuente: Lista cotejo elaborada para el proyecto de investigación. Año 2017

92 % Y 96 % NO REGISTRA

8 % y 4 % SI LO REGISTRA

Los datos obtenidos nos muestran que el 92 % no registra los **Factores Fisiológicos** de los usuarios que puedan influir en la presencia del dolor y el 8 % si lo hace y la segunda subdimensión son los **Situacionales** en donde se observa que el 96 % no registra alteraciones o modificaciones del dolor vinculadas a ciertas situaciones, en tanto que solo se observan registro en el 4 % de las fuentes consultadas.

Achury Saldaña (2007) manifiesta que “Como profesionales de la salud desempeñamos un papel muy importante en el manejo del dolor. No basta con administrar analgésicos y desdeñar la verdadera experiencia del dolor. Es necesario mirar más allá y profundizar en su verdadero significado no sólo desde el punto de vista teórico, sino práctico-vivencial, por las personas que lo padecen” (pág. 10).

La realidad que se ha vivenciado en la práctica clínica en el abordaje del dolor por parte de los profesionales se ha reducido al control fisiológico y farmacológico y ha dejado atrás el componente social, emocional y sus repercusiones.

Al evaluar el dolor debemos además tener en cuenta la edad del individuo, el sexo y la patología que presente, ya que el umbral del dolor varía de acuerdo a la edad del individuo y la patología existente. Podemos afirmar que el umbral se percibe de diferente manera dependiendo de cada sujeto y de su entorno que le toque vivir.

Todo usuario que tenga dolor debe ser evaluado con una completa y exhaustiva valoración, no dejando de observar y evaluar su relación con los demás esta sea familiar o social.

Analizando desde una perspectiva socio antropológica, podríamos decir que el dolor es una experiencia individual, un hecho personal, cerrado, que aísla y retrae al ser humano.

Para Le Breton (1999), el dolor se vale de varios aspectos al momento de manifestarse: una dimensión fisiológica, una expresión psicológica y una

impronta social. Y es por ello, que su comprensión para el resto de las personas, es subjetiva, intrínseca, en la cual intervienen componentes fisiológicos, sensoriales, afectivos, cognitivos y conductuales de quien observa la situación. (pág. 70).

Dimensión consecuencias / Efectos relacionados con los Patrones de Gordon en los Usuarios Hospitalizados con Dolor

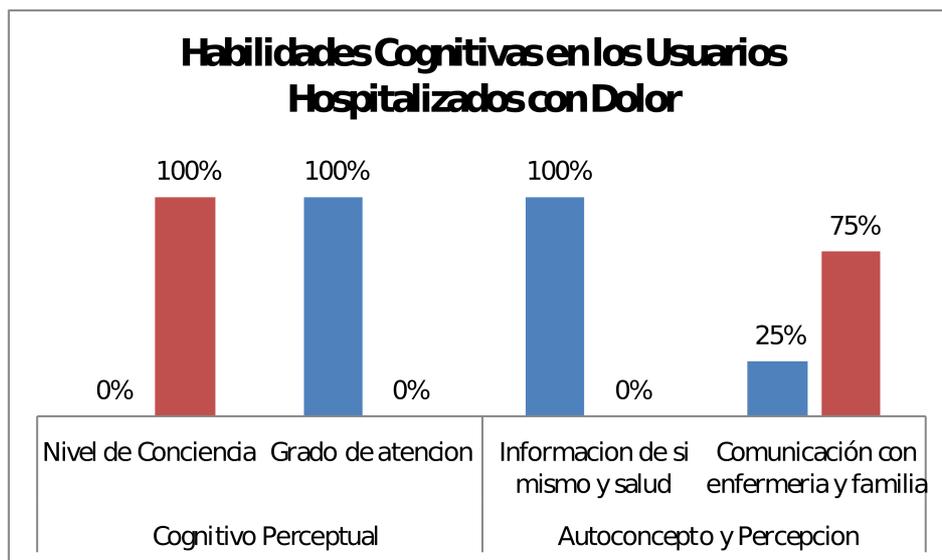
Aquí la dimensión a estudiar son las **Consecuencias / Efectos relacionados con los Patrones de Gordon** que toma la subdimensión **Habilidades Cognitivas** que a su vez toma lo **Cognitivo Perceptual** lo cual evalúa el nivel de conciencia del usuario hospitalizado con dolor.

La segunda subdimensión es el **Auto concepto y Percepción** aquí se evalúa la información referida de parte del usuario en cuanto a su estado de salud y de sí mismo.

Tabla 3: Registros de enfermería según la dimensión “Habilidades Cognitivas” y sus subdimensiones. Hospital H. Héller. Período Noviembre 2016-Febrero 2017.

Habilidades Cognitivas en Usuarios Hospitalizados con Dolor				
Registros Enfermero N=72	Cognitivo Perceptual		Autoconcepto y Percepción	
	Nivel de conciencia	Grado de atención	Información de sí mismo y de su salud	Comunicación con enfermería y familia
No se registro	0 %	100 %	100 %	25 %
Si se registro	100 %	0 %	0 %	75 %

Fuente: Lista cotejo elaborada para el proyecto de investigación. Año 2017



Fuente: Lista cotejo elaborada para el proyecto de investigación. Año 2017

NO SE REGISTRO



SI SE REGISTRO



Como dato recolectado en la subdimensión **Cognitivo Perceptual** se observa que el 100 % de los enfermeros registra el nivel de conciencia, y el 100 % no registra el grado de atención. La segunda subdimensión de **Auto concepto y Percepción** el 100 % no registra la información referida a como la persona da información de sí mismo y el 75% si registra la comunicación enfermero-individuo y familia- individuo. El 25 % no registra estos datos.

Observando los datos perceptuales se hace hincapié en las subdimensión Cognitivo Perceptual que hace referencia al nivel de conciencia, el grado de atención a preguntas y respuestas, o sea el nivel de concentración presente en los individuos con dolor. Se evalúa en la siguiente subdimensión de Auto-concepto y Percepción la información referida a como la persona habla de su estado de salud y de sí mismo, además evalúa la comunicación existente entre persona- enfermería y persona- familia.

El nivel de conciencia y el grado de atención a preguntas y respuestas del individuo hace referencia a como se encuentra este ubicado en el tiempo y el

espacio, que nivel de lucidez presenta y el grado de conocimiento que tenga de su patología actual.

El usuario que tenga conocimiento de lo que le esté sucediendo va a responder de una manera positiva al tratamiento y cuidados brindados por el personal del equipo de salud.

Según Neisser (1976) al abordar el concepto de percepción, refiere que se trata de un proceso particular, íntimo e individual que se construye en función de esquemas mentales previamente fundados por el perceptor, y es por ello que así como el dolor es una experiencia propia de cada persona, la percepción del mismo también lo es.

Con lo descrito anteriormente, podemos destacar la importancia de la comunicación en las relaciones y lo esencial en las interacciones humanas,

Una de las características de un profesional de enfermería, además de transferir a la práctica conocimiento científico, es necesario que desarrolle un razonamiento crítico, saber priorizar problemas y cómo resolverlos mediante decisiones acertadas, así como ser capaces de establecer una adecuada comunicación tanto con los pacientes y/o su entorno, como con el resto de los profesionales que intervienen en la atención de su salud.

De la forma en la que se establezca la comunicación con el usuario va a depender su propio bienestar, ya que una comunicación efectiva es imprescindible para encaminar cualquier estrategia de educación sanitaria. Así se consiguen objetivos tan necesarios para el usuario como una adecuada adherencia terapéutica, calmar su ansiedad o resolver sus dudas y temores, entre otros.

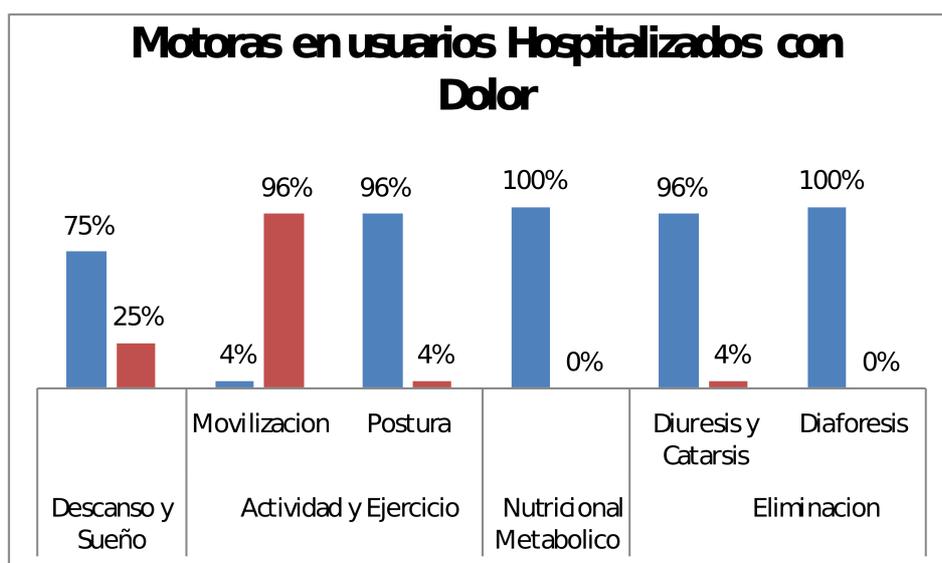
Consecuencias / Efectos relacionados con los Patrones de Gordon en Usuarios Hospitalizados con Dolor

Aquí se presenta la subdimensión **Motora** la cual evaluó e hizo hincapié en el **Descanso y Sueño, Actividad y Ejercicio, Nutricional y Eliminación** del usuario hospitalizado con presencia de dolor.

Tabla 4: Registros de enfermería según la dimensión “Consecuencias/ Efectos relacionados con los Patrones de Gordon” y sus subdimensiones. Hospital H. Héller. Período Noviembre 2016-Febrero 2017.

Motoras en Usuarios Hospitalizados con Dolor						
Registros Enfermero N=72	Descanso y Sueño	Actividad y Ejercicio		Nutrición	Eliminación	
		Movilización	Postura		Diuresis Catarsis	Diaforesis
No se Registra	75 %	4 %	96 %	100 %	96 %	100 %
Si se Registra	25 %	96 %	4 %	0 %	4 %	0 %

Fuente: Lista cotejo elaborada para el proyecto de investigación. Año 2017



Fuente: Lista cotejo elaborada para el proyecto de investigación. Año 2017

NO SE REGISTRO



SI SE REGISTRO



Los datos obtenidos nos mostraron que la subdimensión del **Descanso y Sueño en los Usuarios Hospitalizados con Dolor**, el 75 % no lo registro, en cambio el 25 % si lo hizo, otra actividad evaluada fue la **Actividad y Ejercicio** donde se observó las característica de la movilidad, aquí 96 % lo registro en cambio el 4 % no, las posturas que toma el usuario en presencia de dolor el 96 % del personal de enfermería no lo registro y el 4 % si lo registro.

Además esta subdimensión **Motora** estudio lo **Nutricional Metabólico**, donde los datos obtenidos nos muestran que el 100 % no lo registro.

La ultima subdimensión evaluada fue la de **Eliminación** aquí se hizo hincapié en la alteraciones presentes en cuanto a la diuresis y catarsis, los datos nos mostraron que el 96 % no lo registro y el 4 % si lo hizo, otra característica evaluada fue la **Diaforesis** donde el 100 % no lo registro.

Cuando se hace hincapié en las subdimensiones descanso y sueño se evalúa las horas de descanso y la calidad del sueño, un buen descanso y sueño las horas promedio son de 7 u 8 horas por día.

El individuo que padece dolor tendrá periodos cortos de descanso y no lograra conciliar el sueño, además se puede se observar movimientos y gestos que este produce en presencia del dolor cuando este duerma o aun este despierto.

Logrando un buen descanso y sueño el individuo estará apto para enfrentar un nuevo día de tratamiento y cuidados brindados.

La Actividad y ejercicio evalúa la movilidad del usuario que padece de dolor, si es dependiente necesitara de la ayuda completa del personal de enfermería para su movilización o cambios posturales en su cama además que se lo observara postrado, en cambio sí es independiente se movilizara por sus propios medios necesitando ayuda pero mínima.

La subdimensión nutricional metabólica evalúa si el individuo que presenta dolor ingiere los alimentos o no, la presencia del dolor limita al individuo a realizar actividades diarias como moverse, bañarse, etc. Además el dolor influye en la falta de apetito o a la vez se limita por la falta de movilidad al alimentarse por sí solo.

Al evaluar la subdimensión de eliminación valoramos la diuresis y catarsis, en el individuo con dolor, en la diuresis evaluamos la cantidad, color y olor de la misma al igual que la catarsis.

La presencia de dolor en un individuo puede producir diaforesis, o sudoración profusa, lo que da la pauta que los signos vitales se encuentran alterados.

Sólo desde hace poco tiempo se ha considerado esencial la relación entre el dolor y otros aspectos físicos, psicológicos y sociales de la enfermedad en el manejo del dolor que disminuye cuando se da al enfermo una adecuada explicación previa a un procedimiento doloroso.

Así mismo cuando se le habla de su naturaleza temporal, se consigue mejorar el sueño, se dialoga sobre los temores y miedos, se resuelven problemas emocionales, se emplea la relajación y las actividades ocupacionales y se mantiene contacto con la familia y amigos (W. Astudillo 1999, p 65).

El dolor es un proceso activo generado en parte en la periferia y en parte en el SNC, y susceptible de cambios en relación a múltiples modificaciones neuronales.

Desde un punto de vista clínico, el sistema somato sensorial alerta al individuo frente a un daño real o potencial. Sin embargo, tras una lesión periférica, se inducen cambios en el procesamiento del estímulo nociceptivo que pueden desencadenar:

- una reducción del umbral del dolor
- una respuesta exaltada al estímulo nocivo (hiperalgesia),
- un aumento en la duración de la respuesta frente a una estimulación breve (dolor persistente)

-una extensión del dolor y de la hiperalgesia a tejidos no lesionados (dolor referido).

Todos estos cambios a nivel neurológico producen cambios a nivel fisiológicos y psicológicos podemos decir resumiendo que el dolor produce cansancio, fatiga y puede interferir con los patrones de sueño.

Este síntoma además produce problemas en la eliminación, por ejemplo la incontinencia, que en casos extremos por la presencia del dolor el individuo no puede controlar sus esfínteres.

El dolor produce apatía, que se refiere a la pérdida de interés o ganas de hacer cosas y anhedonia, considerada como la pérdida de la capacidad de disfrutar de las cosas o sentir placer. La lucha contra un dolor que no desaparece produce irritabilidad, cambios de humor, tristeza, abatimiento y sentimientos de inutilidad.

Este a su vez produce sentimientos de decepción y desesperación en la persona. El dolor crónico puede llevar a un trastorno de ansiedad o trastorno depresivo.

La problemática en relación con el inadecuado manejo del dolor es frecuente e importante, el dolor intenso no controlado puede tener graves efectos adversos en el estado físico, psicológico, emocional, social y espiritual de los pacientes, lo que repercute sobre las actividades de la vida diaria, y condiciona pérdidas económicas, laborales y sociales con trascendencia en una proporción significativa de la población. La incapacidad funcional ocasionada por el dolor es causa de sufrimiento en los pacientes, en sus familias y en otras personas cercanas (Brennan, F. & Cousins, M. J. 2005).

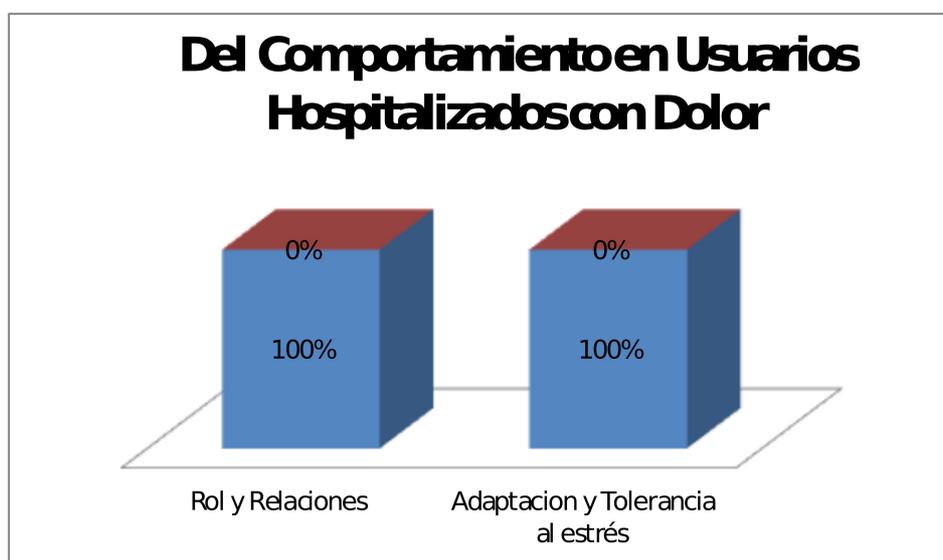
Consecuencias / Efectos relacionados con los Patrones de Gordon en Usuarios Hospitalizados con Dolor

Aquí se observa la dimensión **Del Comportamiento en usuarios hospitalizados con dolor** la subdimensión a evaluar fueron el **Rol y Relaciones, Adaptación y Tolerancia al Estrés.**

Tabla 5: Registros de enfermería según la dimensión “Consecuencias / Efectos relacionados con los Patrones de Gordon” y sus subdimensiones. Hospital H. Héller. Período Noviembre 2016-Febrero 2017.

Del Comportamiento en Usuarios Hospitalizados con Dolor		
Registros Enfermero N=72	Rol y Relaciones	Adaptación y Tolerancia al Estrés
No se registro	100 %	100 %
Si se registro	0 %	0 %

Fuente: Lista cotejo elaborada para el proyecto de investigación. Año 2017



Fuente: Lista cotejo elaborada para el proyecto de investigación. Año 2017

NO SE REGISTRO



SI SE REGISTRO



La subdimensión **Rol y Relaciones** describe la relación familiar y la comunicación existente entre el usuario hospitalizado con dolor y su familia el 100 % del personal de enfermería no lo registra, además otra característica de esta subdimensión es la **Adaptación y Tolerancia al Estrés** lo cual aquí se evaluó la conducta que asume el individuo para superar la situación de dolor, lo cual el 100 % no lo registra.

La primer subdimensión a evaluar describe la relación familiar que tiene el individuo hospitalizado con dolor y la comunicación de este con su familia, la siguiente subdimensión evaluó la conducta que asume el individuo con dolor para superar esta situación, las dificultades que tenga para resolverlos, y las expresiones que refieran pensamientos positivos.

La familia y la relación de esta con el individuo es un apoyo muy importante para la recuperación del mismo y su tolerancia a la hospitalización.

Los familiares constituyen la primera ayuda de los pacientes con dolor, y ofrecerles información, recursos y apoyo emocional y social se ha revelado como un elemento coadyuvante en el tratamiento de la situación del dolor en conjunto. Cabe destacar que una buena relación familiar y comprensión de la misma hacia el individuo, generara actitudes positivas hacia el tratamiento y los cuidados brindados por el personal de enfermería.

El personal de enfermería debe observar la relación familiar existente con el individuo que padece el dolor, observando la comunicación, afectos y tratos, esto condiciona o puede generar en el individuo un malestar que lo lleve a no asimilar el dolor existente.

Ana Balbás, afirma que “Cuando percibimos un dolor crónico, entramos en una experiencia de duelo constante entrando en un círculo vicioso según el cual evitamos la actividad, la falta de movilidad nos produce tensión muscular que incrementa nuestro dolor dando lugar a reacciones emocionales negativas que disminuyen a su vez la tolerancia al dolor y parece que nos duele cada vez más. Debido a todo ello, entramos en un proceso de aislamiento y frustración que pueden dar lugar a procesos de ansiedad o depresión.

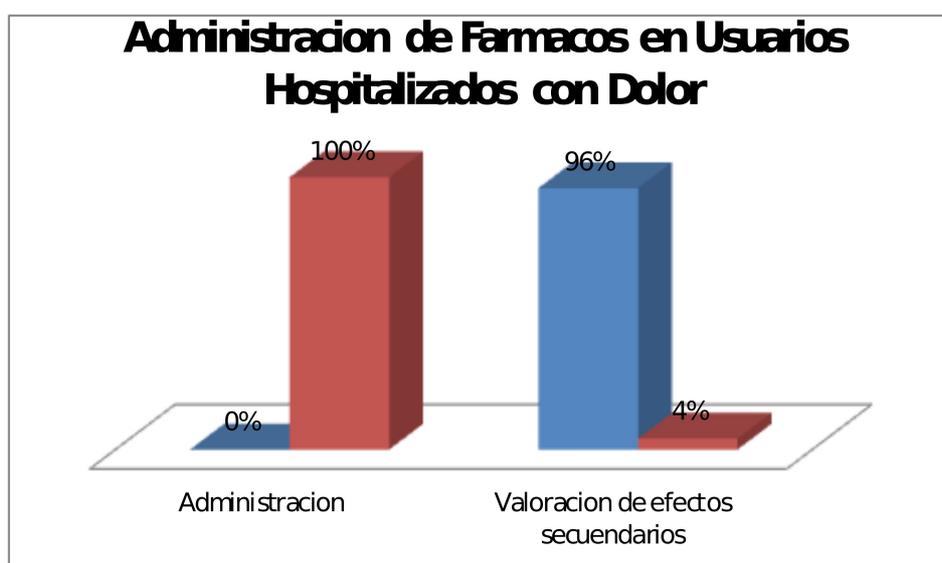
Cuidados Dependientes en los Usuarios Hospitalizados con Dolor

Aquí la Dimensión a estudiar fueron los ***Cuidados Dependientes en los Usuarios Hospitalizados con Dolor*** y la subdimensión fue la ***Administración de Fármacos.***

Tabla 6: Registros de enfermería según la dimensión “Cuidados Dependientes” y sus subdimensiones. Hospital H. Héller. Período Noviembre 2016-Febrero 2017.

Registros Enfermeros N=72	Administración de Fármacos en Usuarios Hospitalizados con Dolor	
	Administración	Valoración de efectos secundarios
No se Registro	0 %	96 %
Si se Registro	100 %	4 %

Fuente: Lista cotejo elaborada para el proyecto de investigación. Año 2017



Fuente: Lista cotejo elaborada para el proyecto de investigación. Año 2017

NO SE REGISTRO



SI SE REGISTRO



La subdimensión de la Administración de fármacos nos muestra que el 100 % registra la administración de analgesia brindada para el dolor, más el 96 % revela que no registra los efectos secundarios de los fármacos aplicados y el 4 % si los registra.

La administración de fármacos es muy importante para el tratamiento brindado al individuo con dolor, ya que colocándolo a la hora prescrita se puede disminuir o no presentar el síntoma de dolor.

Se debe administrar el analgésico prescrito por el médico para controlar un determinado tipo de dolor estos son tratamiento individualizados, como dijimos anteriormente lo más idóneo es anticiparse a la aparición del dolor, administrando analgésicos prescritos a horas fijas, según la vida media del analgésico en cuestión. Nunca se debe administrar calmante a demanda.

El individuo debe saber que medicación se le colocara así mismo debe conocer los efectos secundarios del mismo, sea explicado por el personal de enfermería o el medico mismo.

Los analgésicos poseen efectos secundarios: las enfermeras deben reconocer esos problemas si aparecen y brindar la información que el médico hubiera ofrecido a la persona, siempre de forma clara y comprensible.

Nunca olvidar evaluar y registrar la respuesta al tratamiento.

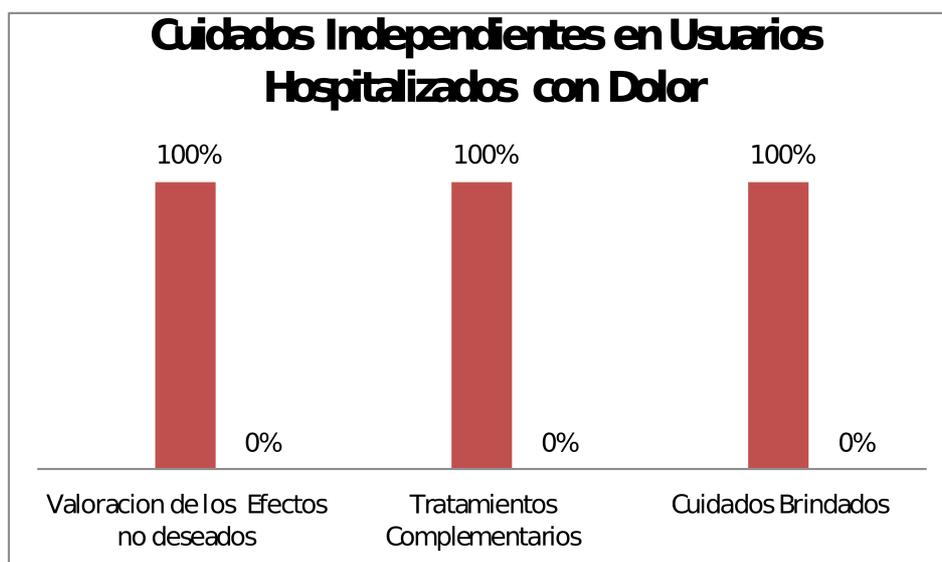
Cuidados Independientes en Usuarios Hospitalizados con Dolor

La última Dimensión estudiada fue la de ***Cuidados Independientes en Usuarios Hospitalizados con Dolor*** y la subdimensión fue la ***Valoración de los Efectos, Tratamientos Complementarios y Cuidados Brindados.***

Tabla 7: Registros de enfermería según la dimensión “Cuidados Independientes” y sus subdimensiones. Hospital H. Héller. Período Noviembre 2016-Febrero 2017.

Cuidados Independientes en Usuarios Hospitalizados con Dolor			
Registros Enfermero N=72	Valoración de los efectos no deseados del fármaco	Tratamientos Complementarios	Cuidados Brindados
No se Registro	100 %	100 %	100 %
Si se Registro	0 %	0 %	0 %

Fuente: Lista cotejo elaborada para el proyecto de investigación. Año 2017



Fuente: Lista cotejo elaborada para el proyecto de investigación. Año 2017

SI SE REGISTRO



NO SE REGISTRO



La subdimensión evaluó la **Valoración de los Efectos no Deseados**, lo que nos muestra que el 100 % del personal de enfermería no lo registro, la

siguiente subdimension es de los **Tratamientos Complementarios**, lo cual el 100 % no lo registro, al igual que los **Cuidados Brindados** que el 100 % tampoco lo hizo.

Las subdimensiones mencionadas anteriormente hacen hincapié en los efectos no deseados presentados en los individuos con dolor referida a la medicación administrada, cabe destacar que toda medicación analgesia puede producir efectos no deseados, las enfermeras deben reconocer esos problemas si aparecen y reforzar la información que el médico hubiera ofrecido a la persona, siempre de forma clara y comprensible.

Los tratamientos complementarios hacen referencia a todo lo alternativo que pueda tratar el dolor y disminuirlo.

Los cuidados brindados son propios del personal de enfermería, son actividades independientes realizadas, según las alteraciones que presente el individuo.

Se debe adoptar medidas complementarias para tratar el dolor si se estima oportuno, con el uso de estas terapias se ha buscado una nueva opción para el alivio del dolor, como lo sustentó Tobos, L. (2002) donde comenta que:

“Con sólo los conocimientos convencionales no siempre se logra controlar del todo este síntoma; por lo tanto, es necesario buscar otras opciones, posiblemente como las que brindan las terapias alternativas y complementarias.

Estas terapias tienen una especial característica, 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” (pag.241)

Existen numerosos métodos de cuidados alternativos que pueden ser administrados por el enfermero ya sea de forma única o complementaria con otros fármacos, las ventajas de los cuidados alternativos son:

Aumenta el umbral del dolor y la tolerancia (permite reducir la administración de analgésico o no usar)

Mejora la relación enfermero- usuario

Alivia al usuario y relaja al enfermero

Fomenta la participación del usuario y por lo tanto favorece su independencia de los autocuidados

Disminuye el auto medicación

Es fácil de enseñar

Es una actividad independiente de enfermería

Fomenta estilos saludables

A partir de la información extraída de los Registros de Enfermería observamos la escasa valoración que se da en un usuario hospitalizado con dolor.

La enfermería debe focalizarse en la humanización del cuidado, en brindar cuidados de enfermería a los individuos con dolor y sufrimiento proporcionando que estos respondan a sus necesidades individuales fundamentales.

El personal de enfermería debe brindar un plan de cuidado, para ello debe valorar el dolor del usuario continuamente basándose siempre en la respuesta del usuario.

Montealegre afirma que “El cuidado es la esencia de las competencias del profesional, entendiéndose como cuidado: Prodigar, proveer, atender, administrar acciones tendientes a brindar comodidad, alivio, equilibrio biopsicosocial al individuo-familia comunidad en los diferentes sistemas de atención en salud”. (2014).

CAPÍTULO

V

CONCLUSIONES:

El dolor es un grave problema de salud en todo el mundo, más aun en individuos con dolor, síntoma de alta prevalencia, que deteriora de forma importante su calidad de vida.

El dolor no solo consiste en la desagradable sensación física; sino que implica aspectos sociales, psicológicos y espirituales de la persona, convirtiéndose en sufrimiento, y en definitiva, lo que algunos autores denominan dolor total.

En relación a la presente Investigación cuyo objetivo fue Describir la percepción del personal de enfermería acerca del dolor y sufrimiento de los usuarios hospitalizados con diferentes patrones funcionales alterados como así también Describir los registros de enfermería referidos a la valoración del dolor y sufrimiento y los planes de cuidado ofrecidos a los usuarios hospitalizados. Se concluye lo siguiente:

Se observa que hay diferentes Percepciones del personal de Enfermería en cuanto al usuario hospitalizado con dolor, percepciones que se ven influenciadas por prejuicios, supuestos que ponen en riesgo la salud directa del usuario.

Se observa una relación directa entre los resultados obtenidos a través de las narraciones de los enfermeros y los obtenidos a través de la lista cotejo (lectura de registros enfermeros).

De las narraciones de los profesionales de enfermería se destaca que se reconoce al individuo como un ser único con necesidades propias que son abordadas desde la enfermería mostrando así la comprensión al otro, implementando la empatía, una mirada integral, holística y una relación de ayuda por medio de cuidados brindados, especialmente en situaciones de dolor y/o sufrimiento.

Sin embargo puede observarse en algunas de estas narraciones cierta contradicción que surge de los profesionales de enfermería manifestada como rotular y/o clasificación de individuos con dolor que ingresan al hospital.

Se le coloca el rotulo al usuario que ingresa con dolor y que continuamente solicita la administración de analgesia.

Además, se observa las discrepancias entre el personal sanitario y el usuario en la estimación del dolor. Por eso acuden a la administración de placebos, con los que únicamente se consigue “conformar” al sujeto.

Cuando se toma la decisión del administrar un placebo se está evitando una valoración multidimensional de la persona. No se trata de conformar sino de ayudar al brindar un cuidado pertinente a la persona que padece dolor.

En simultáneo el personal refiere el escaso tiempo que dispone para brindar a cada persona de modo que se invisibiliza los cuidados independientes.

En tanto que la lectura de los registros permite identificar la escases de lo registrado por el personal de enfermería en cuanto a las alteraciones en los individuos con dolor.

El 100 % del personal de enfermería no registra en los síntomas la angustia e intensidad del dolor, como así tampoco el grado de atención en el cognitivo perceptual, la información de sí mismo y de la salud, además en la nutrición, la diaforesis, en el rol y relaciones, en la adaptación y tolerancia al estrés y por último en los cuidados independientes que son la valoración en los efectos no deseados del fármaco, tratamientos complementarios y cuidados brindados.

Puede concluirse entonces que todas estas alteraciones antes mencionadas no son registradas ni valoradas por el personal de enfermería.

En tanto que las alteraciones registradas por el personal de enfermería, se refieren a la duración y frecuencia del dolor, la calidad del síntoma, a los factores fisiológicos, factores situacionales, en las habilidades cognitivas el registro el nivel de conciencia, la relación entre enfermero y usuario, el

descanso y sueño, la movilidad, la postura, la eliminación, la administración de fármacos y la valoración de los efectos secundarios.

Estos muestran una escasa información sobre la valoración del individuo con dolor, y los planes de cuidados brindados.

Las narraciones obtenidas muestran que el personal de enfermería tiene una diferente percepción del usuario hospitalizado que padece de dolor, son escasos los enfermeros que valoran al usuario con dolor desde su ingreso y que tienen un seguimiento en su tratamiento, los planes de cuidado y tratamiento para la mejoría del usuario son deficientes e incompletos.

Se puede apreciar que existe una discrepancia y cierto desconocimiento en los conceptos más específicos sobre la valoración del dolor.

Para una valoración completa e integral Venegas y otros hacen referencia a la teoría de los Síntomas Desagradables ya que la consideran como una herramienta que se debe aplicar en la práctica diaria en la evaluación del dolor desde un punto de vista integral, conociendo las características propias del usuario, no dejando de lado sus factores fisiológicos, psicológicos y ambientales.

Cabe destacar que para el tratamiento del dolor en el individuo hospitalizado, no solo se trata de colocar analgesia prescrita, sino que como profesionales de la salud se deben buscar métodos alternativos que son cuidados propios e independientes de enfermería.

Es necesario buscar otras opciones, posiblemente como las que brindan las terapias alternativas y complementarias, teniendo en cuenta que éstas tienen una especial característica, 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.

La ciencia no siempre es capaz de aliviar el dolor o calmar el sufrimiento por sí sola, por lo que enfermería debe ofrecer unos cuidados basados en la comunicación y escucha, en el criterio ético y humanitario, cuidados que en

muchas ocasiones se infravaloran y se consideran invisibles. Para ello cuenta con herramientas como los planes de cuidados.

En cuanto a la comunicación los pacientes demandan un trato cercano, personalizado, humano, profesional, cálido y paciente, acompañado de una mayor cantidad y calidad de la información recibida, ya sea de forma oral o escrita. Además, también consideran relevantes otros aspectos como que se les escuche y se les dedique más tiempo o que la enfermera que les atienda siempre sea la misma.

Debemos tener presente que cada persona hospitalizada es única, y que su valoración puede variar, por lo que enfermería debe individualizar su actuación teniendo como ayuda y apoyo estos planes, evitando llevarlos a cabo sin una valoración previa.

La valoración exhaustiva y completa en el individuo brinda una mirada holística para un tratamiento y cuidado completo.

Todo lo realizado por el personal de enfermería, tanto la valoración, actividades dependientes e independientes debe ser registrado.

Los registros enfermeros han sido definidos como un sistema de documentación que forma parte de todo un registro del individuo y que provee documentación formal de la interacción entre enfermeros, equipo de salud y usuario, siendo así la forma en que los profesionales de salud se comunican y aportan para prestar servicios oportunos, continuos y eficientes.

El dolor total es uno de los síntomas más urgentes que se debe tratar, no solo se da en los sujetos con cuidados paliativos sino que desde el punto de vista de cada sujeto que padece algún tipo de dolor.

En relación a la Investigación presentada y considerando los resultados, surgen nuevos interrogantes:

- ✓ ¿Hay una naturalización del dolor?

- ✓ ¿Como percibe el tratamiento que recibe aquella persona que padece y sufre dolor?

RECOMENDACIONES:

- Generar espacios de reflexión acerca del cuidado que otorgamos a las personas que manifiestan dolor, de modo de revalorar el dolor y otorgar a las personas un cuidado comprensivo.
- Generar y promover el trabajo interdisciplinario, ya que las características de la manifestación “dolor” así lo amerita.
- Promover el uso del Proceso de Atención de Enfermería desde una perspectiva integral que permita valorar, evaluar, comprender la situación de dolor y sufrimiento de la persona todos para proveer un cuidado continuo.
- Implementar programas de educación permanente en el servicio, para consensuar y elaborar una guía de valoración completa sobre el dolor que garanticen al usuario una mejor calidad de vida.
- Implementar en el servicio de enfermería todas las estrategias posibles (entrevista, escala del dolor) que permitan valorar y comprender la situación del dolor, teniendo en cuenta las características del usuario (edad, estado cognitivo, etc.) con el fin de que el usuario con dolor pueda cuantificar el mismo.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFIA:

- Achury S. D. M. (2007). Aplicación de la Teoría de los Síntomas Desagradables en el Manejo del Dolor. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, XIX (1) pág. 7-18.
- Amabilia, M. (2015). Evaluación de la nota de enfermería en los registros clínicos del servicio de cirugía de mujeres. (Tesis de Grado). Universidad Rafael Landívar. Guatemala. Recuperado de <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2015/09/02/Mateo-Amabilia.pdf>
- Alférez AD. (2012) La comunicación en la relación de ayuda al paciente en enfermería: saber qué decir y qué hacer. *Revista español Común Salud* 3(2): 147-157.
- Álvarez, C. (2011). Metodología de la Investigación Cualitativa y Cuantitativa. Universidad Sur Colombiana. Neiva. Recuperado de http://congresoenfermeria.com/2016/sites/default/files/styles/monjecarlos/arturo-guiadidacticametodologiadelainvestigacion_1421658502527.pdf
- Allport, Floyd. (1974). El Problema de la Percepción. Buenos Aires. Nueva Visión. Pág. 81.
- Andres Galache. B. (2004) Diagnósticos de Enfermería en Pacientes con Insuficiencia Renal crónica en Hemodiálisis. *Revista Sociedad Española Enfermería Nefrológica*, VII (3) Pág. 158-163.
- American Nurses Association. A.N.A. (2003). La Comunicación en Enfermería: Sujetos de Atención de Enfermería. Recuperado de <https://sites.google.com/site/lacomunicacionenenfermeria/sujetos-de-atencion-en-enfermeria>

- Asociación Internacional para el Estudio del Dolor. (2009). Guía para el Manejo de Dolor, en condiciones de bajos Recursos. Washington. Recuperado de http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement_Spanish.pdf
- Balderas Pedrero, M. (2009). Administración de los Servicios de Enfermería. México: Interamericana. Recuperado de <https://es.scribd.com/doc/135052246/Administracion-de-los-servicios-de-enfermeria-pdf>
- Barboza de Pino, L. Azevedo dos Santos, S. (2006). Significados y Percepciones sobre el Cuidado de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Revista Index de Enfermería*, XV (54) 20-24.
- Blascetta, R. Guzmán, A. (2007). Factores que intervienen en la realización del Informe de enfermería según la opinión de los Enfermeros. Córdoba. Recuperado de http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/blascetta_ricardo_jesus.pdf
- Bower, Tom. (2008). Desarrollo Cognitivo y Motor: Concepto de Percepción. Blogs de la gente. Argentina Recuperado de <http://blogsdelagente.com/educacioninfantil/2011/08/19/concepto-de-percepcion-i/>
- Cabrera A, M., Lluch B, A. (2008). Reflexiones sobre el dolor no físico y sufrimiento desde la perspectiva de enfermería. *Revista Cubana Enfermera*, XXVIII (3).
- Chávez-Arcos, D. (2013) Utilización de los Registros Clínicos de Enfermería por el Equipo de Salud en los Procesos de Asistenciales de

los Pacientes del Servicio de Medicina interna del Hospital Pablo Arturo Suarez. (Tesis de Grado), Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Recuperado de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7228/8.14.001708.pdf?sequence=4>

- Collao A, C.G (2001).Equipo de salud, sentimientos y manejo del dolor: reflejos de un modelo. *Gaceta Médica Espirituana*, III (2), 24-30.
- Contreras Torres, C. (2010).Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados. *Avances de enfermería*, XXVIII (2), 98-110.
- Currell, R. Urquhart, C. (2008) Utilización de los Registros Clínicos de Enfermería por el Equipo de Salud en los Procesos de Asistenciales de los Pacientes del Servicio de Medicina interna del Hospital Pablo Arturo Suarez. (Tesis de Grado), Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Recuperado de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7228/8.14.001708.pdf?sequence=4>
- De Oliveira-Pinto, K. Spiri, W. (2008). La Percepción de Enfermeros sobre el Cuidado del Pacientes con Problemas Físicos que interfieren en la Autoimagen: Un abordaje Fenomenológico. *Revista Latino- Americana de Enfermería*, XVI (3).
- Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española. 22ed. España: Espasa Libros; 2001. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=placebo>
- Diccionario actual. Disponible en : <https://diccionarioactual.com/estigmatizar/>
- Dios C, Alba MA, Ruiz R, Jiménez C, Pérula LÁ, Rodríguez A. (2013). Valoración de la satisfacción de usuarios de consulta de Enfermería en Centros de Salud a partir de indicadores de calidad técnicos y de

comunicación. 12(31): 162-176. Disponible en:
<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/153131>

- Domic, Estela. (2004). Importancia de los Registros de Enfermería. Clínica Alemana. *Medwave, Revista Biomédica Revisada por pares*, IV (4).
- Du Gas-Witter, Beverly. (2000). Tratado de Enfermería Practica. Universidad de Barcelona. Recuperado de <https://es.scribd.com/doc/62417095/Tratado-de-Enf-Practica-Du-Gas-2DO-SME>
- Duran de Villalobos, M.M. (2002). Marco Epistemológico de la Enfermería. *Revista Aquichan*, II (1) 7-18.
- Duran de Villalobos, M. (1994). El Cuidado: Pilar Fundamental de Enfermería. *Avances en Enfermería*, XII (1) 16-23.
- Forero, B. (2001). Intervención de enfermería en el manejo del dolor del paciente quemado. *Revista Actualizaciones en Enfermería*, IV (1). Recuperado de <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria4101-comite.htm>
- Fornes Vives, J. Carballal Balsa, M. (2001). Enfermería De Salud Mental y Psiquiátrica: Guía Práctica de Valoración y Estrategias de Intervención. Madrid: Medica Panamericana. Pag.47-113.
- García Hernández, M. Hernández-Ortega, Y. Arana-Gómez, B. y García-Ortiz, A. (2011). Calidad del Cuidado de enfermería en Pacientes Hospitalizados con Dolor. Universidad Autónoma del Estado de México, México. Recuperado de http://www.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol3/CALIDAD_D_EL_CUIDADO_DE_ENFERMERIA.pdf

- Gómez Torres, D. Maldonado Gonzales, V. Reyes Roble, B. y Muciño Carrera, A. (2014). Voces de las enfermeras al percibir el dolor del paciente infantil quemado. *Texto y Contexto Enfermería*, XXIII (2), 233-240.
- González Gutiérrez, M. (2007). Evaluación de la Calidad de los Registros de enfermería. (Tesis de Maestría). Universidad Autónoma de Queretano. Santiago de Queretano. México. Recuperado de <http://ri.uaq.mx/bitstream/123456789/1769/1/RI001306.pdf>
- Gonzalez-Rendon, C. Moreno-Mansivais, M. (2007). Manejo del Dolor Crónico y Limitación en las Actividades de la Vida diaria. *Revista Sociedad Española del Dolor*, XXIV (6) ,422-427.
- Gutiérrez-Giraldo, G. (2001). Breve Reseña Histórica Sobre el Estudio del Dolor. *Revistas Académicas: Universidad Autónoma de Bucaramanga*, IV (10) ,1-5.
- International Association for the Study of Pain. (2009) Dolor Musculo esquelético. Asociación Uruguaya de Acupuntura. Recuperado de http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/GlobalYearAgainstPain2/20092010MusculoskeletalPain/IASP-AUA_2009-2010.pdf
- Le Breton, D. (1999). Experiencias del dolor y aspectos referidos a la eficacia simbólica efecto placebo. *Antropología del Dolor*, 23-48/ 69-95.
- Leyva-Pecina, Rosa. (2012). Registros de enfermería y la aplicación del proceso enfermero en el área de recuperación quirúrgica. *Desarrollo Científico de Enfermería*, XX (3), 83-86.

- Mariobo-Vaca, D. (2009) Evaluación de la nota de enfermería en los registros clínicos del servicio de cirugía de mujeres. (Tesis de Grado). Universidad Rafael Landívar. Guatemala. Recuperado de <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2015/09/02/Mateo-Amabilia.pdf>
- Más, R. Escriba, V. Cárdenas, M. (1999) Estresores laborales percibidos por el personal de enfermería hospitalario: un estudio cualitativo. *Archivo de Prevención de Riesgos Labores*, II (4), 159-167.
- McCaffrey M y Beebe A. (1993). Dolor. *Manual clínico para la práctica de enfermería*. Barcelona. Ediciones científicas y técnicas S.A.
- McCaffrey, M. Wells, N. y Pasero C. (2008) Seguridad y Calidad del Paciente: Un Manual Basada en la Evidencia para las Enfermeras. La mejora de la Calidad de la Atención mediante la Evaluación y Manejo el Dolor. Agencia para la Investigación y Calidad. Estados Unidos. Recuperado de <https://translate.google.com.ar/translate?hl=es&sl=en&u=http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2658/&prev=search>
- Mendoza-Rocha, S. Torres-Briones, M. Rincón-López, J. y Urbina-Aguilar, B. (2014) Percepción sobre la atención de enfermería en una unidad de cuidados intensivos. Universidad autónoma de San Luis. <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2015/eim153d.pdf>
- Mejía M., Díaz V. y Paulo M. (2005). El médico ante el dolor humano. *Fermentum*, XV (42), 88-103.

- Monforte-Royo, C. (2012). Cuidar en el siglo XXI: Reto y realidad. Universidad Nacional de Catalunya. Catalanes. Recuperado de <http://www.uic.es/progs/obj.uic?id=5266408768eaf>
- Montaner Abasolo, María Carmen; Soler Company, Enrique; (2004). Consideraciones bioéticas en el tratamiento del dolor. *Persona y Bioética*, enero-abril, 49-64. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/832/83202105.pdf>
- Montes, A. Arbones, E. Planas, J. Muñoz, E. y Casamitjana, M. (2008). Los Profesionales Sanitarios ante el Dolor: Estudio Transversal sobre la Información, la evaluación y el tratamiento. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, XV (2) ,75-82.
- Montealegre, G, D. (2014). Retos de Enfermería en el Cuidado de Personas con Dolor: Una Forma de Humanización. *Revista Cuidarte*, V (1), 679-688.
- Morales Sandra. (2012). Calidad de las notas de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. (Tesis de Maestría). Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann-Tactna. Tacua .Perú. Recuperado de http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/bitstream/handle/unjbg/147/02_2013_Morales_Loayza_SC_FACS_Enfermeria_2012.pdf?sequence=1
- Muciño-Carrera, A. Maldonado-González, V. Gómez-Torres, D. y Reyes-Roble, B. (2011). La Enfermera: Profesional que interviene en el alivio del Dolor Nociceptivo del Paciente. Universidad Autónoma del Estado de México. Recuperado de http://www.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol3/LA_ENFERMERA_PROFESIONAL.pdf
- Muñoz Devesa, Aarón, Morales Moreno, Isabel, Bermejo Higuera, José Carlos, & Galán González Serna, José María. (2014). La Relación de ayuda en Enfermería. *Index de Enfermería*, 23(4), 229-233

- Núñez, E. Freitas, D. y Torcatt, M. (2007). Información que posee el profesional de enfermería que labora en las Unidades Clínicas de cirugía del Hospital Universitario de Caracas sobre los registros de enfermería. Caracas. Venezuela. Recuperado de http://www.academia.edu/11496705/CAPITULO_V_CONCLUSIONES_Y_RECOMENDACIONES_Conclusiones
- Ortega López, R. (2006). Cultura del dolor, salud y enfermedad: Percepción de Enfermería, usuarios de salud y curanderos. *Cultura de los Cuidados*, X (19), 63-69.
- Otero-Martínez, H. (2008). Hacia una comunicación efectiva y humanista en ámbito de salud. *Revista habanera de Ciencias Medicas*, VII (1) 1-11.
- Pérez E, Oteo (2006). La Función directiva y recursos humanos en sanidad. 1ª ed. Madrid: Ediciones Díaz de Santos
- Pesina-Leyva, R. (2012). Registros de enfermería y la aplicación del proceso enfermero en el área de recuperación quirúrgica. *Desarrollo Científico de Enfermería*, XX (3) ,83-86.
- Poblete-Troncoso, M. Suazo-Valenzuela, S. (2007). Cuidado Humanizado: Un desafío para las Enfermeras en los Servicios Hospitalarios. *Acta Paul Enfermería*, XX (4), 499-503.
- Polaino-Lorente, A. (1994). Más allá del dolor y el sufrimiento: la cuestión acerca del sentido. *Manual de Bioética General*. Madrid.458-478. Recuperado de http://dspace.ceu.es/bitstream/10637/1650/1/pag458_478.pdf

- Porto Perez J. y Gardey A. (2008). Actualizado: 2012. Definición de percepción social. Recuperado de <https://definicion.de/percepcion-social>
- Puebla-Díaz, F. (2005). Tipos de dolor y escala terapéutica del O.M.S. Dolor iatrogénico. *Revista Oncología*, XXVIII (3), 23-29.
- Prado-Solar, L. González-Reguera M. Paz-Gómez, N. y Romero-Borges, K. (2014). La Teoría del Déficit del Autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para Calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*. XXXVI (6) 835-845.
- Prieto de Romano, Gloria. Barreta-Chavarro, M. (2013) Notas de Enfermería. Ministerio de Salud. Colombia. Recuperado de http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=58
- Raile-Alligood, M. y Tomey-Marriner, A. (2011). Modelos y Teorías en enfermería. (pp.77). Barcelona: Elsevier.
- Ramirez P y Müggenburg C. 2015. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enfermería Universitaria*, XII (3), 134-143.
- Romero, R. y Salgado, J. (2005). Medicina Naturista. XIII, 416- 418.
- Rich M, Martins MM, Rodríguez MA. (2015). Tecnología y comunicación en el cuidado hospitalario a enfermos crónicos desde la perspectiva de Habermas. 23(3): 704-711. Disponible en: <http://www.indexf.com/textocontexto/2014/r23704>.

- Rodríguez Zabala Ma. del Refugio, Ma. de los Ángeles Fang Huerta, Rosa Margarita Ortega López Fuente. (2005). Clínica Dolor y Terapia IV, (1)
- Sánchez-Herrera, B. (2003). Abordajes teóricos para comprender el dolor humano. *Revista Aquichán, III (3), 32-41.*
- Sánchez-Sánchez, M. Pernía, J. y Calatrava, J. (2005). Tratamiento del dolor en los estudios de enfermería. *Revista de la Sociedad Española del Dolor, XII (2), 81-85.*
- Serrano-Atero, M. Caballero, J. Cañas, A. Garcia-Saura, P. y Prieto, J. (2002). Valoración del Dolor. *Revista de la Sociedad Española del Dolor, XIX (2), 94-108.*
- Soler-Company, E., Abasolo-Montaner, M. (2004). Consideraciones bioéticas en el tratamiento del dolor. *Revista Persona y Biótica, VIII (2), 49-64.*
- Subsecretaría de Salud. (2000). Concurso de Directores de Hospitales Nivel IV y VI. Proyecto Hospital Horacio Heller. Neuquén. Pág. 41-44. Recuperado de <http://www.hhheller.org/Documentos/Concurso%20Direccion%20Hospital%20Heller%202000/Proyecto%20Hospital%20Dr.%20Horacio%20Heller.pdf>
- Tobos L. (2002). Promoción de la vida saludable complementada con terapia alternativa. *Revista Colombiana para los Profesionales de la Salud, (8), 241-242.*
- Torres, S. Miranda, R. y Zarate, R. (2011). Calidad de los registros clínicos de enfermería: Elaboración de un instrumento para su evaluación., *Revista Enfermería Universitaria, (8), 17-25.*

- Uceta E, Aragón FJ. (2011). Valoración de la seguridad del paciente a través de la comunicación: sentirse en buenas manos: *Enfermería Docente*, (95): 38-40.
- Vanegas de Ahogado, B. Calderon-Perilla, A. Lara-Suarez, P. Forero-Archbold, A. Marin-Ariza, D. y Celis-Rincon, A. (2008). Experiencias de Profesionales de Enfermería en Terapias Alternativas y Complementarias Aplicadas a Personas en situaciones de Dolor. *Avances en Enfermería*, XXVI (1), 50-64.
- Varela MD, Sanjurjo ML, Blanco FJ. (2012) La Investigación en Enfermería. Rol de la Enfermería. *Enfuro*. 121, Pág. 19-21.
- Vargas Melgarejo, L. (1994). Sobre el Concepto de Percepción. *Revista Alteridades*, IV (8), 47-53.
- Varela, c. Gómez, L. y Blanco, F. (2012). Investigación en Enfermería. Rol de Enfermería. Asociación Española de Enfermería en Urología. *Enfuro*, 19-21.
- Vélez, A. (2010). Cuidados de Enfermería en el paciente con dolor. *Revista Avances en Enfermería*, XXVIII (1), 13-20.
- Venegas, M. Suazo, S. (2011). Análisis de la Teoría de los Síntomas Desagradables en el Cuidado de la Enfermería Paliativa Oncológica. *Revista Cubana de Enfermería*, XXVII (2) ,141-150.
- Vergel Hernández, L., Betancourt Sequeira, M. y Guerra-Miranda, M. (2010). La percepción del cuidado en profesionales de enfermería. *Revista Cubana de Enfermera*, XXVI (1), 23-29.

- Verona, E. y Reyes, J. (2011). Cuidados de Enfermería en el paciente con Dolor. *Revista Medpal*, III (4), 27-28.
- Warren, H.C. (2011). Desarrollo Cognitivo y Motor: Concepto de Percepción. Blogs de la gente. Argentina Recuperado de <http://blogsdelagente.com/educacioninfantil/2011/08/19/concepto-de-percepcion-i/>
- W. Astudillo, C. Mendiñeta, E. Astudillo y S. Gabilondo. (1998). Principios Básicos para el Control del Dolor Total. Revista Sociedad Española Dolor, (6), 29-40.
- Zegarra-Pierola, J. W. (2007). Bases fisiopatológicas Del dolor. *Acta Médica Peruana*, XXIV (2), 11-15.

ANEXOS

LISTA COTEJO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA:

USUARIOS HOSPITALIZADOS CON NECESIDADES ALTERADAS RELACIONADAS AL DOLOR Y SUFRIMIENTO.

Hospital Horacio Heller.

Se considerará un registro a las anotaciones de enfermería realizadas durante tres turnos consecutivos para una misma persona. En cada caso se deberán obtener dos registros, es decir que se leerán en total de 6 turnos de trabajo consecutivos.

Nombre del Observador:		HC N°:	Fecha de lectura:					
Dimensiones:	Subdimensiones:	Criterios a Valorar	Registros (indicar Presente o Ausente)					
			1º T	2º T	3º T	1º T	2º T	3º T
Síntomas	• Angustia	* Registra información referente a situación de angustia tales como: llanto, manifestaciones de impotencia.						
	• Intensidad	* Usa diferentes escalas (mencionar las que se pueden usar)						
	• Duración y Frecuencia	* Se registra momento en el que se manifiesta el dolor, en qué momento o situación se intensifica y el tiempo que dura						
	• Calidad del Síntoma	* Registra información respecto de cómo la persona refiere el dolor: tipo, intensidad, momento en el que aparece, duración. Evalúa signos vitales alterados como F.C., T.A., Frecuencia Respiratoria, u otros.						
Factores Influyentes	• Fisiológicos	* Registra o considera la edad de la persona (el dolor se manifiesta diferente según la edad) Grado de avance de la enfermedad o causante del dolor (etapa aguda o terminal)						

	<ul style="list-style-type: none"> Psicológicos 	* Registra manifestaciones tales como: Preocupación, no conversa, retraído, ira, rabia, depresión						
	<ul style="list-style-type: none"> Situacionales 	* Registra alteraciones o modificaciones del dolor vinculadas con la presencia/ausencia de familiares, cuestiones culturales /sociales.						
Consecuencias / efectos relacionados con los Patrones de Gordon	Habilidades Cognitivas:	* Registra grado de concentración						
	<ul style="list-style-type: none"> Cognitivo Perceptual 	* Registra grado de atención a preguntas y características (concentración breve, etc.)						
	<ul style="list-style-type: none"> Auto concepto y Percepción 	* Registra información referida a como la persona habla de su estado de salud y de sí mismo.						
		* Registra expresiones de dolor, cambios de humor, agresividad, abatimiento, desmotivación.						
		* Registra alteración en la imagen corporal.						
	Motoras:	* Registra el sueño y descanso y características del mismo						
	<ul style="list-style-type: none"> Descanso y Sueño 	* Registra las horas de descanso del usuario						
	<ul style="list-style-type: none"> Actividad y ejercicio 	* Registra grado de dificultad en la movilización * Registra posturas que toma el usuario						
<ul style="list-style-type: none"> Nutricional metabólica 	* Registra información referida a Ingesta de alimentos (rechazo).							
<ul style="list-style-type: none"> Eliminación 	* Registra diuresis y catarsis y/o dificultades en la misma.							

	<ul style="list-style-type: none"> • 	* Registra características de la eliminación – urinaria - intestinal - cutánea.						
	Del Comportamiento:	* Describe la Relación familiar y la comunicación.						
	<ul style="list-style-type: none"> • Rol y Relaciones 	* Describe si la familia depende del usuario.						
	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptación y Tolerancia al stress 	* Registra conductas que asume la persona para superar la situación de dolor.						
		* Registra manifestaciones indicadores de ansiedad.						
		* Registra dificultades para resolver, habilidades que antes resolvía problemas.						
		* Registra expresiones que refieran pensamientos positivos.						
Cuidados Dependientes	<ul style="list-style-type: none"> • Administración de Fármacos. 	* Registra y evalúa administración efectuada.						
Cuidados Independientes	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración de los efectos esperados y no deseados (referido a síntomas o manifestaciones) 	* Registro de los efectos deseados y no deseados referida a la medicación administrada						
	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos alternativos ○ Cambios posturales ○ Masajes ○ Proporcionar una atmosfera adecuada 	* Registra los tratamientos alternativos a realizar/realizados						
		* Registra los resultados en el paciente de las terapias alternativas						

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Presentar distracción como leer, mirar TV, pintar, etc. ○ Ejercicios respiratorios 	* Registra los tratamientos alternativos a realizar/realizados						
	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados brindados 	* Registra cuidados enfermeros brindados según el patrón de Gordon alterado						
		* Registra las respuesta de los cuidados brindados a los pacientes						

Hoja de Firmas

Alejandra Pardo

Tesista

María Cristina Carbajal

Directora

Natalia Massaux

Co- Directora

