

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

CARRERA DE ENFERMERÍA

*Tesis para optar por el grado académico de
Licenciatura en Enfermería*

**INTERVENCIÓN DEL PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL
DOLOR FÍSICO EN PACIENTES DE 30 a
70 AÑOS SEGÚN SU ESTILO DE VIDA EN
LA COMUNIDAD DE HIGUITO DE
DESAMPARADOS.**

ANGELLI PAOLA MORALES ALFARO

MARZO, 2018.

TABLA DE CONTENIDOS

ÍNDICE DE FIGURAS	4
INDICE DE TABLAS	5
RESUMEN	6
CAPÍTULO I	9
PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	9
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	10
1.1.1 Antecedentes del problema	10
1.1.2 Delimitación del problema	17
1.1.3 Justificación	17
1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	19
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	19
1.3.1 Objetivo General	19
1.3.2 Objetivos Específicos	20
1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES	20
1.4.1 Alcances de la investigación	20
1.4.2 Limitaciones	20
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	21
2.1 CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL	22
2.1.3 MODELOS Y TEORÍAS	44
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO	48
3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN	49
3.2 TIPO DE LA INVESTIGACIÓN	49
3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO	49
3.3.1 Población	49
3.3.2 Muestra	50
3.3.3 Criterios de Inclusión y Exclusión	50
3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	51
3.4.1 Validez y confiabilidad del cuestionario	51
3.4.2 Confiabilidad del cuestionario	51
3.6 OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	51
3.7 PLAN PILOTO	54
CAPÍTULO IV. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS	55
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	75

CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	98
.....	98
6.1 CONCLUSIONES.....	99
6.2 RECOMENDACIONES	102
BIBLIOGRAFÍA	105
ANEXOS	116
PLAN PILOTO	117
Declaración Jurada	156
Carta del tutor	157
Carta del Lector	158
Carta del Filologo	159

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 1. Agrupación de la población según la tenencia o no de hijos.	56
Figura N° 2. Distribución de la población según el último grado académico obtenido.	56
Figura N° 3. Distribución de la población según la profesión u oficio al que se dedica o dedicaba.	58
Figura N°4. Distribución de la población si padece de insomnio la cantidad de horas que duerme por día.	58
Figura N°5. Distribución de la población encuestada según la realización de actividad física y la agrupación por género.	59
Figura N°6. Distribución de la población según la localización anatómica del dolor.	61
Figura N°7. Distribución de la población encuestada según afecciones físicas que surgen cuando hay presencia de dolor.	63
Figura N°8. Distribución de la población según medicamentos usados cuando hay dolor.	63
Figura N°9. Distribución de la población según la efectividad (en porcentaje del alivio) que causa el medicamento en un rango de 24 horas.	65
Figura N°10. Distribución de la población según las sensaciones físicas que tiene el dolor.	65
Figura N°11. Distribución de la población en estudio según el contacto de la enfermera con el usuario y la palpación de la zona anatómica con dolor.	67
Figura N°12. Distribución de las visitas según la atención brindada por las características del dolor a los pacientes de forma interesada y atenta.	69
Figura N°13. Distribución de las visitas según la frecuencia con que el enfermero (a) palpa o localiza el área anatómica referida por el paciente.	69
Figura N° 14. Distribución de las visitas evaluadas según la anuencia por parte del profesional de enfermería de permitir que el usuario evalúe subjetivamente la intensidad del dolor.	70
Figura N°15. Distribución de las visitas evaluadas según el juicio de valor hacia el dolor del paciente con frases “poco empáticas”.	71
Figura N°16. Distribución de las visitas según la frecuencia con que el profesional de enfermería expresa frases “poco empáticas” sobre el dolor del paciente.	72
Figura N° 17. Agrupación de las visitas evaluadas según la educación brindada a los pacientes sobre los efectos adversos de los medicamentos.	72

INDICE DE TABLAS

Tabla N°1. Distribución de la población según ingreso salarial mensual.....	57
Tabla N°2. Distribución de la población según padecimiento de insomnio y grado de dolor.....	59
Tabla N°3. Distribución de la población según la sensación de anhedonia.....	60
Tabla N°4. Distribución de la población según el sentimiento de “poca valía”.....	61
Tabla N°5. Agrupación de la población según la aparición del dolor y actividad limitante.....	62
Tabla N°6. Distribución de la población según el grado de dolor y el tratamiento.....	64
Tabla N°7. Distribución de la población según la duración del dolor y tiempo transcurrido.....	66
Tabla N°8. Distribución de la población según el grado de dolor y la intervención realizada.....	67
Tabla N°9. Distribución de la población según la empatía mostrada por el profesional de enfermería en la visita.....	68
Tabla N°10. Distribución de las visitas realizadas por el profesional en la cual hay disminución de los estímulos dolorosos y la intervención realizada.....	73
Tabla N°11. Distribución de las visitas realizadas según la disposición del enfermero para intentar reducir el umbral del dolor.....	73

RESUMEN

Introducción. El grado de dolor que siente una persona, puede interferir en las actividades cotidianas, puede cambiar el estado de ánimo haciendo que la persona pierda el deseo de vivir y pueda padecer ansiedad, las intervenciones del enfermero en los diferentes niveles de atención son esenciales para ayudar a disminuir y mejorar el dolor Y por tanto, favorecer una mejor calidad de vida. **Objetivo General.** Determinar la intervención del profesional de enfermería en el manejo del dolor físico en pacientes de 30 a 70 años según el estilo de vida en la comunidad de Higuito de Desamparados.

Metodología. Las 100 personas corresponden a sujetos que tiene algún padecimiento físico que les genera dolor. **Métodos de investigación.** Consta de un cuestionario de 31 ítems, el cual incluye preguntas de selección única y múltiple, una la silueta del cuerpo humano para identificar el área anatómica con dolor, se valida con 16 personas que habitan en la zona de estudio. Para evaluar la intervención del enfermero (a) se realiza un formulario de 17 preguntas de selección única según la intervención realizada, se valida con 10 visitas realizadas. **Resultados.** De las personas encuestadas un 46% refieren padecer de insomnio, un 37% duerme un promedio de 3- 4 horas durante la noche, el 62% indican realizar algún tipo de actividad física, la mayor limitación es caminar para un 62%, 29% de la población refiere sentir dolor de forma continua, 17% indican tener un grado de dolor 8 y con grado 10 hay 8 personas. La región anatómica más afecta es la espalda con un 51%. El fármaco más utilizado es el ibuprofeno con 59%, 33 personas refieren tener un sentimiento de “poco interés” al realizar actividades de vida diaria, mientras que un 27% refiere sentir “poca valia” a causa del dolor. Un 41% de la población califica la intervención de enfermería como excelente. Entre las intervenciones más realizadas están la aplicación de analgésico con un 60% y el 34% recibe cambios de posición. **Discusión.** La presencia de insomnio se da con

mayormente, en la población con grado de dolor 8-9-10, el área anatómica con más afectación es la columna, se debe a la mala postura de las personas o la realización de trabajos forzados, la intervención de enfermería es importante porque contribuye a la disminución del dolor, además brinda una buena atención en las visitas realizadas. Los medicamentos administrados por el personal con frecuencia son la morfina y tramadol ya que son los que ayudan a mejorar la calidad de vida del paciente. Las intervenciones más realizadas son la aplicación de medicamento, cambios de posición a población encamada y realización de curaciones. **Conclusiones.** No cabe duda que al hablar de dolor entran en juego muchas variables, tanto físicas como psicológicas, sociales y espirituales, los cuales se interrelacionan y muchas veces son difíciles de distinguir. El dolor debe ser considerado como uno de los síntomas más urgentes en pacientes que padecen de una enfermedad.

Palabras clave: intervención, grado de dolor, estilos de vida.

Abstract

Introduction. The degree of pain a person feels may interfere with daily activities, may change the mood causing the person to lose the desire to live and may suffer anxiety, nurse interventions at different levels of care to help their son to diminish and improve pain and ende, promote a better quality of life. **General Objective.** To determine the intervention of the nursing professional in the management of physical pain in patients aged 30 to 70 years according to the lifestyle in the community of Higuito de Desamparados. **Methodology.** The 100 people correspond to subjects who have some physical condition that generates pain. **Research Methods.** It consists of a questionnaire of 31 items, which includes questions of single and multiple selection, a silhouette of the human body to identify the anatomical area with pain, is validated with

16 people living in the study area. In order to evaluate the intervention of the nurse, a form of 17 uniquely selected questions was carried out according to the intervention performed, and 10 visits were validated. **Results.** Of the people surveyed, 46% said they suffer from insomnia, 37% sleep an average of 3-4 hours during the night, 62% indicate to perform some type of physical activity, the biggest limitation is walking for 62%, 29% of the population refers to feeling pain continuously, 17% indicate having a degree of pain 8 and with grade 10 there are 8 people. The most affected anatomical region is the back with 51%. The most used drug is ibuprofen with 59%, 33 people report having a feeling of "little interest" when doing daily activities, while 27% report feeling "low value" because of pain. 41% of the population qualifies the nursing intervention as excellent. Among the most performed interventions are the application of analgesic with 60% and 34% receive position changes. **Discussion.** The presence of insomnia occurs mostly in the population with degree of pain 8-9-10, the anatomical area with more involvement is the spine, is due to poor posture of people or forced labor, the intervention of Nursing is important because it contributes to the reduction of pain, it also provides good care in the visits made. The medications administered by the staff are often morphine and tramadol since they are the ones that help to improve the quality of life of the patient. The most performed interventions are the application of medication, changes of position to a bedridden population and the realization of cures.

Conclusions. There is no doubt that when talking about pain come into play many variables, both physical and psychological, social and spiritual, which are interrelated and often difficult to distinguish. Pain should be considered as one of the most urgent symptoms in patients suffering from a disease.

Key words: intervention, degree of pain, lifestyles.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.1 Antecedentes del problema

Antecedentes internacionales

Cristóbal¹ evalúa el manejo del dolor crónico en una población de adultos en Europa en el 2011. Destaca que según la encuesta uno de cada cinco adultos presenta un dolor crónico afectando el estilo de vida de la persona, repercutiendo en la familia y a nivel social. Mientras que el 20% de los pacientes pierden los trabajos a causa del dolor y por las bajas laborales.

Cristóbal¹ señala que la encuesta se realiza a un grupo de personas mayores de 18 años con dolor crónico mayor a 6 meses, se toman personas con dolor secundarios como depresión, dependencia, discapacidad, se excluyen las personas con dolor relacionado a procesos oncológicos.

Cristóbal¹ menciona que se realizan estudios donde se incluye la musicoterapia en adultos mayores de 65 años con osteoartritis, dando como resultado una disminución significativa tanto en la percepción como en la intensidad del dolor. Sobre el mismo estudio se evalúa una población adulta con heterogeneidad de patologías donde se mostró que la música sirve como estímulo para reducir la depresión, sentimientos de impotencia e incapacidad. Por lo tanto, se concluye que la música es efectiva para la intervención en el manejo del dolor en la población adulta.

Umberto, Calil, Barreto y Akemi² estudian el conocimiento del enfermero en el manejo del dolor en el 2012 el estudio se realiza en una población de enfermeras donde el 63% afirma conocer las diferentes escalas para evaluar el dolor, sin embargo, el estudio, revela que es necesario la realización de protocolos que deben seguir los enfermeros

para tratar el dolor en los pacientes ya que la mayoría presento un desconocimiento de cómo se debe abordar.

Umberto et al.,² menciona que el dolor es una causa principal de mortalidad en el mundo, siendo Europa quien representa un 79% con más incidencia, afecta de un 19 a un 50% de la población según la edad y el más significativo de estos dolores es la jaqueca considerado un problema de seguridad pública.

Córdoba, Ortiz, Salazar y García³ en el 2012 estudian el manejo del dolor en paciente pediátrico, dando como resultado que las intervenciones más utilizadas y eficaces, son el tratamiento farmacológico y cuidar el espacio ambiental donde se encuentran estos niños con el fin de poder aumentar su interés por el ambiente y disminuir la atención en el dolor, para estas conclusiones, tomaron en cuenta las constantes vitales así como la utilización de una escala para medir el dolor.

Sellan, Díaz y Vásquez⁴ en su artículo sobre la valoración del dolor y aplicación de intervenciones terapéuticas enfermeras en el paciente neonatal y pediátrico, destacan la importancia de la utilización de varias escalas para medir el dolor en la población infantil, las cuales se clasifican según la edad que tenga el niño, de esta forma, según el llanto se puede valorar que tan intenso y profundo es el dolor sentido por el menor de edad.

Sellan et al.,⁴ menciona que es importante para el alivio del dolor el abordaje desde la parte emocional, social y espiritual del niño, así como tratar con los cuidadores que juegan un papel muy importante ya que ellos pueden ayudar a controlar el dolor del niño cuando este se encuentre en su casa, para ello es importante, la psico-educación desde los primeros niveles de atención.

Gómez, Maldonado, Reyes y Muciño⁵ en un estudio en el 2014 demuestran que las personas afectadas por dolor muestran muy bien sus emociones como lo es la ira y la tristeza, esto dependiendo de la historia de vida de cada persona, por lo que la empatía de la enfermera es importante ya que puede sentir el dolor, puede brindar mejores alternativas para disminuirlo y por sí misma la empatía es una herramienta para el abordaje del dolor desde una visión integral.

Gómez et al.,⁵ incluyen en su estudio individuos con diferentes etiologías para el dolor, entre ellos los que habían padecido quemaduras de considerable tamaño, mencionan que la ansiedad es uno de los factores más predominantes en ellos, ya que les preocupa su apariencia física, por lo que proponen entre las intervenciones integrarlos a grupos de apoyo y ayuda donde puedan afrontar la realidad y reconocerse en otros, aquí jugaría un papel relevante el profesional de enfermería en los niveles de atención primarios.

Martínez, Gallego, Vallejo, Lopera, Vargas y Molina⁶ en su estudio en el año 2014 destacan que las intervenciones de enfermería para tratar el dolor siempre han sido principalmente el uso de analgesia, en este estudio plantean otras alternativas como la psicoterapia, la rehabilitación, pulsos de radiofrecuencia, su estudio concluye en que estas técnicas han sido muy bien aceptados por los pacientes.

Martínez et al.,⁶ según el estudio planteado, mencionan que la población con algún tipo de dolor también hace uso de medicina alternativa para poder aliviar este padecimiento, acotaron que un 8,8% de la población adulta mayor en Australia refiere que han usado técnicas de la medicina holística como acupuntura, medicina de mente y cuerpo, entre otras, como coadyuvante en la resolución del dolor y sus limitaciones a nivel social, laboral y familiar.

Iglesias, Mayo y Mojo⁷ evalúan el manejo del dolor crónico en un servicio de anestesiología en el hospital Mexoeiro, España en el 2014. Los investigadores observan que solamente el 14% de la población reciben un tratamiento adecuado mediante el uso de fármacos y medidas para corregir la postura, mientras que el 27% no recibe ningún tratamiento para el dolor crónico. El 4% de esta población se vio en la obligación de cambiar de trabajo por causa del dolor y el 30% restante se vio en la necesidad de asistir a consultas hasta con tres médicos especialistas. El tipo de dolor más frecuente en la población estudiada se debe a dolor lumbar.

Iglesias et al.,⁷ menciona que en la tarea de mejorar la calidad de vida de pacientes con dolor crónico, los cuidados de enfermería sin duda van a ayudar a mitigar los problemas mediante la formulación de diagnósticos que ayudan a reforzar los autocuidados y ejercicios y medidas posturales que ayudan a revertir los efectos adversos.

Iglesias et al.,⁷ rescata que las intervenciones mayormente se realizan a estos pacientes con dolor crónico son ablativos, donde se hace un bloqueo nervioso, medicación oral, intravenosa, intratecal para mitigar los efectos adversos. Además de contar con camillas para estimulación y el uso de electrodos.

Moscoso y Bernal⁸ tras su investigación publicado en el 2015, la cual realiza un estudio a pacientes con una revascularización miocárdica, da como resultado que la presencia del dolor impide la actividad física, además de tos efectiva, sueño, cansancio y un alto nivel de ansiedad en las personas, debido a los hallazgos se propusieron 9 diagnósticos de enfermería para poder satisfacer las necesidades de las personas.

Los autores mencionan que las intervenciones de enfermería para el manejo del dolor son la aplicación de analgésicos intravenosos la cual es la principal intervención. Las otras intervenciones están asociadas a mejorar la comodidad del paciente como por

ejemplo cambios de posición y masajes, además se usaron intervenciones para poder ayudar a disminuir la ansiedad.

Miranda⁹ en el año 2015, en su investigación destaca que las intervenciones realizadas en el manejo del dolor en pacientes de la unidad de cuidados intensivos incluyen la realización de masajes, cambio de posición, ambiente agradable, administración de placebos, el uso de la musicoterapia, dando buenos resultados en los pacientes.

Templos, Salgado, Galán, Domínguez y Salado¹⁰ en el año 2016, en su “Manejo del dolor en un caso de neuro-mielitis óptica”, destacan que en el manejo del dolor es importante realizar intervenciones psicológicas y de psicoterapia para disminuir los niveles de ansiedad y depresión en los pacientes cuando sufren de crisis de dolor, tomando en consideración que el dolor se vuelve sufrimiento, cuando lleva consigo una historia personal que maximiza su etiología. Además, mencionan como fármaco primordial el uso de la carbamazepina para tratar los espasmos del dolor.

Castellanos y Pinzón¹¹ en el año 2016, en su artículo “Manejo fisioterapéutico del dolor en personas quemadas en sus tres fases de recuperación” mencionan que los equipos interprofesionales especialistas en el abordaje de personas quemadas deben tener como principal método la fisioterapia para tratar el dolor, ya que ayuda a disminuir complicaciones y atenuar el estrés después de la quemadura.

Castellanos y Pinzón¹¹ demuestran que las técnicas usadas para aliviar el dolor como vendajes, masajes, terapias de distracción mandibular y la fisioterapia dieron resultados positivos en un 19,87% en la población quemada.

Batista, Braga, Rossato, Bueno y Fumiko¹² en el año 2017, publican un artículo sobre el manejo del dolor en recién nacidos donde la población era de 173 menores de edad incluyendo ambos sexos, donde se realizan medidas farmacológicas y no

farmacológicas, menciona que el dolor en los niños proviene de procedimientos de larga duración como entubamientos y otras que le generan estrés, además entre los tratamientos farmacológicos el más usado es el midazolam y entre los no farmacológicos, el acercamiento personal y el uso de medidas lúdicas, que disminuyeran el estrés y la disconformidad generada por los procedimientos médicos, papel que participaba activamente el personal de enfermería.

Máximo, Figueroa Uribe¹³ en su investigación sobre el dolor y su impacto con el estilo de vida en pacientes hospitalizados, menciona que el estilo de vida de las personas se ve alterada y empeora según la intensidad del dolor, ya que repercute provocando ansiedad, depresión y la persona pierde el sentido de realizar actividades que normalmente hacía.

Camargo, Orozco, Hernández y Cruz¹⁴ en el año 2009, publican un artículo donde relacionan el dolor crónico de espalda y el estilo de vida en jóvenes universitarios, menciona que el estudio se realiza a 237 jóvenes de diferentes carreras y en varias posiciones como sentado, acostado, realizando deporte y los resultados reflejan que es necesario planterar estrategias para desarrollar programas de intervención desde la perspectiva de promoción de la salud, donde se brinde educación a la población sobre las medidas necesarias y posturas correctas.

A nivel Nacional

Valverde¹⁵ en el año 2002, publica un artículo donde menciona que el manejo del dolor no solo se basa en el uso de fármacos sino también abarca la parte psicológica, social y espiritual de la persona, por lo tanto, indica que este debe tratarse desde una visión holística e integral.

Valverde¹⁵ destaca a los pacientes terminales, menciona que para poder tratar su dolor de la mejor manera es necesario brindarle comodidad y satisfacción en el cuidado, ya que esto representa pasar bien el final de sus días.

Pichardo y Zúñiga¹⁶ en el 2013, en una investigación realizada en un hospital de cuidados paliativos con respecto a las alternativas en el manejo del dolor por parte de los profesionales de salud, establece que la principal alternativa para el control y disminución del dolor es el uso de fármacos, como otra opción es ayudar en el proceso de enfrentamiento de la enfermedad, así como apoyar al paciente durante su estancia en el centro.

Pichardo y Zúñiga¹⁶ en su estudio consulta sobre la calidad de la intervención del profesional de enfermería, las personas adultas jóvenes opinan que la atención brindada por el enfermero es muy poca para no decir que nula, su intervención, se basa sobre todo en tratar la parte espiritual y en reforzar la valía para que la persona pudiese sobrellevar la enfermedad.

Madrigal¹⁷ realiza una investigación en la cual abarcaba diferentes especialidades del área de salud con el objetivo de observar como las diferentes áreas aplican técnicas para la intervención del dolor, como estas alternativas ayudan a disminuir el umbral del dolor y mejorar la calidad de vida.

El profesional de enfermería, se encarga de la aplicación de medicamentos analgésicos, de tratar la parte emocional del paciente, validando sus emociones y sentimientos. Estos procedimientos se realizan en las consultas domiciliarias. El estudio concluye que en si el papel de la enfermera es brindar medidas de confort y comodidad, más allá de administrar tratamiento, como se cree popularmente.

Carvajal¹⁸ en el año 2005, en su investigación estudia la promoción de estilos de vida saludables de la salud desde enfermería para personas que laboran en la industria panadera, se observa que esta población mantiene posturas incorrectas, además según el cuestionario realizado se determina que la población es predeterminada genéticamente a padecer de alguna enfermedad ya que no utilizan las medidas necesarias.

1.1.2 Delimitación del problema

Se estudia una población de 100 personas, entre hombres y mujeres con edades de 30 a 70 años según los diferentes estilos de vida y el manejo del dolor, en los primeros cuatro meses del año en curso, en la comunidad de Higuito de Desamparados.

1.1.3 Justificación

El dolor es un síntoma muy frecuente en el diario vivir del ser humano, ya sea por secuelas que ha dejado la evolución, al proporcionar la capacidad de la bipedestación, por consecuencias de lesiones contusas o por el simple hecho de un desgaste muscular u óseo, siendo así son pocos los que quedan exentos de sufrir o padecer algún tipo de dolor, con intensidades muy variables que puede afectar a personas de diferentes edades, ya sea por un dolor agudo o crónico, de poca o mediana intensidad.

Las personas que padecen una enfermedad les implica muchas veces tener que lidiar con fuertes dolores, que les va perjudicando en su vida diaria; muchas veces dejan de realizar actividades porque el dolor les impide salir o se ha vuelto tan habitual y se acostumbran a vivir con este que deciden no buscar alternativas que realmente les pueda servir para llevar una vida normal. El dolor, sin duda, representa un problema

significativo a nivel social, familiar y laboral, no sólo para quien lo padece sino para su entorno cercano.

Se estudia este tema con el objetivo de identificar los diferentes estilos de vida que lleva cada persona con el fin de evaluar a su vez cada estrategia, técnica y/o método utilizado por estas para contrarrestar el dolor según la localización y el grado de intensidad, así como el papel que juega la intervención del enfermero en el manejo del dolor en pacientes cuando es abordado en sus casas.

El manejo del dolor es importante estudiarlo en la población que tiene algún padecimiento porque hay una gran cantidad de individuos de este grupo que desconocen medidas o estrategias que se pueden tomar y que le pueden facilitar el reducir gradualmente el dolor, o que quizás desconocían o no se están realizando de la mejor manera.

El papel de la enfermera en este grupo de personas radica en que puede ofrecer un plan de atención que ayuda a reforzar el autocuidado de la persona, en maximizar, mejorar o incorporar métodos o estrategias que disminuyan el dolor, el brindar acompañamiento emocional y la validación de sentimientos y emociones que vienen ligados a la ausencia de salud; todos estos puntos pueden servir para revertir efectos secundarios que se estén presentando y que afecten su rutina diaria de los individuos.

El enfermero debe ser de ayuda idónea para poder dar una serie de técnicas y ejercicios para que el individuo pueda implementar en su rutina un mejor estilo de vida tanto funcional como psicosocial, herramientas útiles que puede seguir desde la casa para un mejor resultado.

La enfermería puede aportar bases y técnicas que se logren usar en las visitas domiciliarias a los pacientes que están con algún padecimiento crónico o agudo asociado

al dolor. Puede ayudar a maximizar y reforzar la importancia que tienen las visitas a estas personas, cuyo fin es brindar herramientas y ejercicios que disminuya el grado de dolor y mejoren su calidad de vida.

En Costa Rica no se encuentran investigaciones actualizadas sobre el manejo del dolor desde el papel de la enfermería, por lo cual sería de beneficio aportar un estudio con información más actualizada de acuerdo a la intervención que puede brindar un enfermero, respetando en todo momento la idiosincrasia del individuo que se refleja en sus estilos de vida.

1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuál es la intervención del profesional de enfermería en el manejo del dolor físico en pacientes de 30 a 70 años según el estilo de vida de estos individuos, en la comunidad de Higuito de Desamparados durante el I cuatrimestre, 2018?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo General

Determinar la intervención del profesional de enfermería en el manejo del dolor físico en pacientes de 30 a 70 años según el estilo de vida de esta población, en la comunidad de Higuito de Desamparados.

1.3.2 Objetivos Específicos

Describir las características demográficas de la población de 30 a 70 años que viven en Higuito de Desamparados.

Identificar la intervención del profesional de enfermería en el manejo del dolor en pacientes de 30 a 70 años durante las visitas domiciliarias en la comunidad de Higuito de Desamparados.

Evaluar los estilos de vida que tienen los pacientes en la comunidad de Higuito Desamparados.

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES

1.4.1 Alcances de la investigación

La población afectada por algún tipo de dolor logra implementar alternativas que les ayuden a disminuir el umbral del dolor y disminuir la ansiedad que esto les provoca, con herramientas como elaboración de manualidades, el uso de aromaterapia entre otras, además de la realización de ejercicios que no pongan en riesgo la salud del paciente.

1.4.2 Limitaciones

No se presentó ninguna limitación ya que se tuvo un acceso fácil a la población con dolor, los cuales fueron muy participativos.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

Concepto de dolor

La Organización Mundial de la Salud²⁰ define el dolor como una experiencia sensorial o emocional desagradable, asociado al daño tisular real o potencial. El dolor, por lo tanto, es subjetivo y único para cada persona.

Muriel y Llorca²¹ mencionan que en el concepto y manejo del dolor también deben tomar en cuenta los aspectos psicológicos que le permitan a la persona expresar sus vivencias asociadas al mismo, esto porque la persona puede sentir angustia, frustración, depresión, ira y malestar convirtiéndose en una experiencia para la persona que se puede volver inexplicable.

Muriel y Llorca²¹ mencionan que el dolor es un fenómeno sensorial perceptual, multidimensional y complejo, es decir, es una experiencia que es única para cada individuo, por lo tanto, no todas las personas lo sienten de la misma manera, por lo que para algunos puede significar una experiencia desagradable para otros una experiencia purificante.

El diccionario de medicina Mosby²² define dolor como una sensación desagradable causada por una estimulación de carácter nocivo de las terminaciones nerviosas sensoriales. Es un síntoma cardinal de la inflamación y es valorable en el diagnóstico de gran número de trastornos y procesos. Puede ser leve, grave crónico, punzante, urente, sordo o vivo o localizado. Esto bajo la premisa de la pérdida tisular que se esté dando en el individuo, si a esto le añadimos la parte subjetiva se obtiene como resultado, lo que denomina sufrimiento.

Sufrimiento

Deal²³ define sufrimiento como estado de grave malestar asociado con eventos que amenazan la integridad de la persona, es una fase de angustia provocada por la amenaza de la pérdida de la seguridad o por desintegración de la persona. También es una consecuencia a nivel físico y de personalidad. Es una experiencia individual, subjetiva y compleja que implica la asignación de un significado profundamente negativo ante un evento o una amenaza percibida.

Bayés²⁴ menciona que el sufrimiento es una respuesta negativa inducida por el dolor, pero también por el miedo, ansiedad, estrés, pérdida de seres queridos y otros estados psicológicos. Se produce sufrimiento cuando la persona se siente amenazada en su integridad biológica y psicológica. Cuando más amenazadora parezca una situación y cuanto menos control se cree tener sobre ella, mayor será el sufrimiento, por lo cual para curar el sufrimiento se debe tener control sobre la situación que se esté pasando en el momento.

Mori²⁵ define sufrimiento un estado individual, único para cada persona, y a su vez tiene un carácter global e integrador. Para evaluar el sufrimiento hay que tomar en cuenta la complejidad, multidimensionalidad y la subjetividad de los síntomas y experiencias, por lo cual debe considerarse los aspectos psicológicos, espirituales y socio culturales del paciente y la familia.

El sufrimiento es la interpretación subjetiva de la pérdida personal a nivel físico y emocional, sino también, las pérdidas y duelos que se deben elaborar en el plano familiar y social por lo que es importante realizar una valoración no solo al paciente sino también a la familia, ya que ellos también se encuentran afectados de las condiciones del usuario.

Umbral del Dolor

Aramburu²⁶ explica que el umbral del dolor es un concepto que se originó con la investigación en animales después de demostrarse que los nervios deben ser estimulados a cierta intensidad o frecuencia para manifestar el dolor, el periostio tiene el umbral doloroso más bajo, seguido por los ligamentos, la capsula fibrosa de las articulaciones y los tendones.

Aramburu²⁶ destaca que las creencias y expectativas tienen la capacidad de modificarlo, afectar su expresión y su adaptación, todos los factores que influyen deben de ser reconocidos y aceptados para aún mejor control del dolor. Aquí se toman en cuenta factores ambientales, psicológicos, físicos y sociales de la enfermedad, los cuales pueden llegar a disminuir cuando al enfermo se le da una adecuada explicación del proceso doloroso.

Scheffer²⁷ menciona que es importante hablar de percepción y tolerancia del dolor umbral 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, de las circunstancias que viva, de su cansancio y de su impotencia.

La persona puede mejorar su calidad de vida disminuyendo o minimizando otros factores que exacerban el dolor, por ejemplo, mejorar el sueño, disminuir el dolor, ayudar en el proceso de afrontar el miedo y ansiedad que le pueda generar, se emplea la relajación, se incluyen actividades ocupacionales y se involucra a la familia a participar del proceso y ayuda al paciente a sentirse protegido.

Dolor total

Cecil²⁸ define dolor total como la unión de componentes físicos, psicológicos, sociales, familiares y espirituales, este último basándose en la idea que cada ser humano tenga. Este mismo autor menciona que este término se ha utilizado con mayor frecuencia en las salas de cuidados paliativos donde se ha relacionado más el dolor con el sufrimiento.

Barbero²⁹ dice que no se debe dar nada por supuesto, se debe tomar en cuenta la idiosincrasia de la persona, su particularidad, la percepción subjetiva de lo que está sucediendo en su interior o viviendo en su experiencia. No hay paciente igual a otro, ni una forma de dolor que se viva igual a otra persona, por lo cual no se puede generalizar un protocolo para todos por igual.

Barbero²⁹ menciona que es bueno tener protocolos, recomendaciones, criterios, pero siempre es bueno buscar diferentes alternativas para hacer del cuidado algo personalizado para cada sujeto. Cada proceso de sufrimiento y dolor es único para cada uno, por lo que se debe brindar una atención de acorde a las necesidades y demandas de cada persona.

Clasificación del dolor

La clasificación del dolor se va a basar según la duración, la localización, patogenicidad, la intensidad que este tenga y el curso.

a) **Según la duración:** se pueden dividir en agudos y crónicos.

Dolor crónico: dolor que se mantiene o recurre durante un periodo prolongado de tiempo y que está provocado por diversas enfermedades. El dolor crónico habitualmente es menos intenso que el agudo, y los enfermos que lo sufren no presentan taquicardia ni aumento de la frecuencia respiratoria, esto porque las reacciones autónomas al dolor no pueden mantenerse durante largos periodos de tiempo.²²

Las personas enfermas con dolor crónico se caracterizan porque intentan manipular o controlar el medio ambiente, ya que no pueden ejercer control sobre su enfermedad e intentan hacerlo en otras personas y el medio que les rodea. En algunos casos se concentran en la soledad, ignorando a la familia y amigos. Aquel dolor que persiste más allá de la lesión que lo originó y que permanezca, aunque esta haya desaparecido. ²⁶

Dolor agudo: Díaz ³⁰ define el dolor agudo como una consecuencia sensorial inmediata de la activación del sistema nociceptivo, una señal de alarma disparada por los sistemas protectores del organismo. Se debe generalmente al daño tisular somático o visceral y se desarrolla con un curso temporal que sigue de cerca el proceso de reparación y cicatrización de la lesión causada.

El diccionario Mosby²² define dolor agudo como un dolor intenso, que aparece después de una intervención quirúrgica, traumatismo o alguna enfermedad. El dolor que aparece en las primeras 24-48 horas después de una intervención suelen ser difíciles de tratar, incluso con fármacos. Una diferencia entre ambas se puede destacar que el dolor crónico aparece por el dolor agudo, menciona que el dolor agudo tiende a desaparecer, mientras que el crónico persiste.

b) Según la localización: se dividen en somáticos y visceral

Somáticos: se produce por una excitación anormal de nociceptores somáticos superficiales o profundos como la piel, músculos y vasos. Es un dolor punzante, localizado que irradia siguiendo trayectos nerviosos. El más frecuente es el dolor óseo.³¹

Melzack³² menciona que el dolor somático es transmitido por el Sistema Nervioso Periférico, tras la lesión de tejidos como la piel, músculos y ligamentos, es de comienzo definido y siempre está en la zona donde apareció.

Visceral: “El dolor visceral está producido por lesiones que afectan a órganos internos, por lo que es la forma de dolor que aparece más frecuentemente como consecuencia de enfermedades y es síntoma en la mayor parte de síndromes dolorosos agudos y crónicos.”³³

Campos et al³⁴ mencionan que el dolor visceral es aquel que se localiza de forma mala, es continuo y profundo. Puede irradiarse a zonas alejadas al lugar donde se originó, frecuentemente se acompaña de síntomas neurovegetativos, como ejemplos de este dolor se mencionan cólicos, metástasis hepática y cáncer pancreático.

Para diferenciar estos dos tipos de dolor por localización se mencionan varios puntos:

No todas las vísceras son sensibles al dolor.

Puede aparecer sin tener relación directa con lesiones.

Es un dolor vago mal localizado que se extiende más allá de los órganos lesionados.

d) **Según la patogenia:** este se divide en nociceptivo, neuropático y en psicógeno.

Nociceptivo: se caracteriza por ser un dolor normal o sensorial. Forma parte de un repertorio de sensaciones normales como la visión y el tacto. Es un tipo de dolor que aparece en los individuos como consecuencia a la aplicación de estímulos que producen daño o lesión a órganos somáticos o viscerales.³⁴

Gomez³⁵ menciona que este tipo de dolor es consecuencia a la activación del sistema neurofisiológico constituido por nociceptores periféricos, vías centrales de la sensación dolorosa y finalmente la corteza cerebral.

El dolor de tipo nociceptivo está asociado a reacciones secundarias a inflamaciones, enfermedades, lesiones o cirugías. Una característica importante es que existe una relación entre la percepción del dolor y la intensidad del estímulo desencadenante.³⁶

Neuropático: Bragard³⁷ menciona que este tipo de dolor es producido por estímulos directos del sistema nervioso central o por lesión de vías nerviosas periféricas. Este tipo de dolor se describe como punzante, quemante acompañado de parestesias, disestesias, hiperalgesias y de hiperestesias. Como ejemplos de este tipo de dolor se puede destacar plexopatía braquial o lumbo-sacra, neuropatía periférica y la compresión medular.

El dolor patológico, es considerado así, ya que no tiene ninguna utilidad como mecanismo de alerta o defensa. Aunque se debe a causas diferentes presenta características comunes a la mayoría de los pacientes, por lo que es un tipo de dolor que se distingue de diferentes maneras.

Psicógeno: Mosby²² define dolor psicógeno como un trastorno que se caracteriza por la presencia de dolor persistente e intenso para el que no existe causa orgánica aparente. Con frecuencia se acompaña de otras alteraciones sensitivas o motoras, como parestesias o espasmos musculares. La causa puede residir en la necesidad de conflictos no resueltos únicos o múltiples.

Campos et al ³⁴menciona que el dolor psicógeno no se debe a ninguna alteración neuronal, si no que se debe a una causa psíquica como una depresión o hipocondría, o bien se trata de la intensificación desproporcionada de un dolor orgánico que se debe a factores psicológicos.

Bragard³⁷ menciona que para este tipo de dolor interviene el ambiente psico social de la persona, tienen la necesidad de una dosis alta del medicamento. Se presenta en

individuos con personalidad alterada, ansiosos, depresivos y neuróticos. Como no pertenece a ningún patrón asociado, es resistente a cualquier tratamiento.

- e) **Según la intensidad:** según su intensidad se pueden clasificar en leve, moderado y severo.

Dolor leve:“es el dolor menos intenso. Las personas con este tipo de dolor pueden realizar actividades cotidianas, el dolor puede llegar a ser tan bajo que en circunstancias no es percibido y desaparece.”³⁸

Dolor moderado: Hernández³⁹ dice que el dolor moderado es aquel que por su intensidad puede interferir en las labores cotidianas, si bien no incapacita totalmente a la persona, esta puede seguir teniendo una vida autónoma con medida. Se trata con opioides.

Dolor severo: se caracteriza por ser un dolor más intenso. No solo interfiere con las actividades cotidianas, sino también en el descanso. Su tratamiento se trata con opioides, este tipo de dolor es tan fuerte que incapacita a la persona y la hace depender de sus familiares. ³⁹

- f) **Según el curso:**se dividen en continuo e irruptivo.

García⁴⁰ define dolor continuo como ese que persiste por lo largo del día, no desaparece y cuesta aliviarlo. Mientras que el dolor irruptivo tiene exacerbaciones repentinas y transitorias, puede darse por factores que lo desencadenen como la ingesta o la defecación.

Dimensiones del dolor

Las dimensiones del dolor se van a dividir en 5 grandes grupos las cuales serían dimensión afectiva, dimensión sensorial, dimensión cognitiva, dimensión conductual y la dimensión fisiológica. El objetivo de estas dimensiones es que ayudan a desarrollar procesos de analgesia eficaces, con el fin de poder contribuir con la intervención del paciente.

Dimensión afectiva: Bandura⁴¹ menciona que este tipo de dimensión implica la cualidad subjetiva de la experiencia del dolor, toma en cuenta aspectos como sufrimiento, desagrado, cambios de emocionales, ansiedad y depresión.

Loaiza⁴² menciona que debido al componente de aversión desprende conductas como de escape o evitación, lo cual será importante para el mantenimiento de las conductas del dolor y la experiencia dolorosa, así como el despliegue de las emociones que este puede generar al sentir dolor.

Dimensión Cognitiva: hace referencia a las creencias, valores culturales y variables cognitivas tales como auto eficiencia, percepción del control y de las consecuencias de la experiencia del dolor. Explica el significado que el paciente le dé al dolor, experiencias previas o las posibilidades de adaptación.⁴²

Dimensión Sensorial: es la encargada de transmitir el estímulo doloroso desde la zona donde se ha producido la lesión hasta los centros nerviosos superiores. Esta dimensión es la responsable de la detección de las características espaciales y temporales del dolor, tales como la intensidad, calidad del dolor y patrón de comportamiento.⁴²

Dimensión conductual: describe las posibilidades, de actividades físicas, de comunicación o la necesidad de reposo o inactividad que presencia el dolor.

Loaiza⁴² explica que las conductas del dolor pueden definirse como los métodos por los cuales el dolor o la enfermedad son comunicados a los otros. La dimensión evalúa, identifica, valora y modifica aquellas relaciones significativas y cotidianas del paciente asociadas al dolor.

Dimensión fisiológica: en esta área se van a identificar factores como la localización del dolor, la intensidad, duración y el inicio del dolor.

Craig⁴³ menciona “que la experiencia del dolor involucra al cuerpo de forma sistémica (central y periférico) y esta experiencia del dolor igual que otras experiencias del ser humano son percibidas por áreas somatosensoriales, cognitivas y afectivas. Estas permiten dar un sentido a la experiencia que se está viviendo más o menos. Los procesos cognitivos son importantes para las personas sanas, y así para las personas con dolor en el proceso de rehabilitación”.

Fisiología del dolor

Receptores nerviosos o receptores nociceptivos, terminaciones libres de fibras nerviosas localizadas en tejido cutáneo, en articulaciones, músculo y en las paredes de las vísceras que captan los estímulos dolorosos y los transforman en impulsos.

Existen tres tipos de receptores:

- a) Mecano-receptores, estos son los que se encuentran estimulados por la piel.
- b) Termo-receptores son los que están estimulados por temperaturas extremas y se encuentran los receptores polimodales son los encargados de responder indistintamente a estímulos nociceptivos, mecánicos, térmicos y químicos.

Solano⁴⁴ explica que el proceso del dolor inicia con la activación y sensibilización periférica donde tiene lugar la transducción por la cual un estímulo nociceptivo se transforma en impulso eléctrico. La fibra nerviosa estimulada inicia un impulso nervioso denominado potencial de acción que es conducido hasta la segunda neurona localizada en la asta dorsal de la médula. En el proceso de modulación, en la asta de la médula intervienen las proyecciones de las fibras periféricas y de las fibras descendentes de centros superiores, la transmisión de los impulsos depende de la acción de los neurotransmisores.

El dolor está compuesto por dos tipos de receptores los que responden a estímulos térmicos y mecánicos y transmiten con rapidez la señal hacia las fibras mielinizadas, y los que están conectados a las fibras amielínicas con una respuesta más lenta que responden a la presión temperatura y a otros estímulos.

Casal y Samper⁴⁵ mencionan que en los tejidos lesionados o inflamados, sustancias como la histamina, prostaglandinas o serotoninas provocan que los nociceptores aumenten la sensibilidad de manera que estímulos con muy poca intensidad como un roce leve son suficientes para generar un estímulo doloroso. A este fenómeno se le conoce como sensibilización y se da tanto a nivel somático como visceral.

Los nociceptores pueden desencadenar la señal y a la vez son capaces de liberar mediadores como sustancia P, que produce una vasodilatación, desgranulación de mastocitos e inhibe la producción y liberación de mediadores inflamatorios, por lo que su función es muy importante a que reliazan dos acciones consecutivas.

Casal y Samper⁴⁵ mencionan que las fibras aferentes penetran en la medula espinal a través de las raíces dorsales y terminan en las astas posteriores de la sustancia gris. Ahí contactan con neuronas medulares que llevan la señal a las regiones cerebrales

encargadas de la percepción del dolor, el hecho que una neurona medular contacte a numerosas aferentes, provoca que el cerebro pueda localizar erróneamente la fuente de dolor, dando lugar al fenómeno llamando dolor localizado.

Casal y Samper aportan que las neuronas modulares transportan la señal del tálamo contralateral, de donde es conducida a la corteza frontal y somatosentitiva. Además existen otros circuitos modulares que intervienen en la modulación del dolor y están implicados los factores afectivos y emocionales.

Las lesiones y trastornos funcionales de los nervios producen dolores intensos los cuales aparecen cuando se ven afectados el tálamo y el haz espinotalámico y son difíciles de tratar, estos fenómenos se deben a que las neuronas lesionadas se vuelven muy sensibles a los estímulos e incluso de activan espontáneamente generando impulsos dolorosos.

Valoración del dolor

La valoración del dolor puede tomar en cuenta factores como la historia clínica del paciente, si presenta alguna enfermedad de base, la anamnesis de síntomas, los medicamentos que toma y la valoración cognitiva, estos aspectos son fundamentales para poder dar una valoración adecuada a cada paciente.

Anamnesis

Ruiz ⁴⁶ menciona que es importante una anamnesis para un correcto diagnóstico del dolor y así poder darle un tratamiento adecuado. En una anamnesis se debe tocar puntos importantes como, por ejemplo:

Frecuencia del dolor, con cuanto intervalo se presenta.

La duración si es de segundos, minutos u horas.

Localización, donde inicia el dolor, si irradia a otro sector.

Las características del dolor, si es pulsátil u opresivo.

Si este está asociado a náuseas, vómitos, tos.

Factores como el frío, calor, caminar, estar sentado o dormir.

El paciente es quien debe describir el dolor y no un acompañante o familiar, además que se manifieste y exprese con sus palabras como percibe el dolor, y ya que algunos de ellos no siempre se quejan de dolor y la familia multiplica el sentimiento de dolor, en pacientes confusos si es importante tomar en cuenta la opinión del familiar.

Exploración física

Ruiz⁴⁶ explica que una buena exploración física debe ser integral, además debe enfocarse en una valoración funcional tomando en cuenta las capacidades del sujeto, explorando las habilidades y actividades fuera del dolor. Las exploraciones complementarias se harán siempre y cuando no aumenten el dolor del paciente.

Escalas del dolor

Las escalas ayudan a detectar el dolor y deben ser apropiadas para los diferentes pacientes, según la condición en la que se encuentren.

Escala Visual Analógica (EVA)

Exposito Bruera⁴⁷ explican que este tipo de escala se representa una línea de 0 a 10cm, se señala el dolor donde 0 es ausencia de dolor y 10 se considera el máximo dolor percibido. En esta distancia el paciente marca según la intensidad del dolor que presenta. Un valor menor a 4 indica un dolor leve o leve moderado, un valor de 4-6

indica la presencia de un dolor moderado a grave y un valor superior a 6 implica un dolor muy intenso.

La escala Visual Analógica es confiable y válida para muchas poblaciones de pacientes, es una herramienta fácilmente comprensible, solamente se necesita que el paciente tenga buena coordinación motora y visual, se encuentre consciente por lo que es limitante para el paciente anciano y sedado.⁴⁷

Escala Numérica Verbal (ENV)

Ibarra⁴⁸ menciona que esta escala es usada a pacientes que se comunican verbalmente, se usa la escala numérica donde el paciente elige el número según el dolor, puede ser hablada o escrita donde es más útil en pacientes críticos o geriátricos

Escala Descriptiva Verbal (EDV)

La escala descriptiva requiere un grado de comprensión menos elevado que las demás. Consta de cuatro puntos donde 1 es dolor ligero y 4 un dolor muy intenso.

Termómetro del dolor de Iowa

Pardo, Muñoz y Chamorro⁴⁹ mencionan que esta escala es muy útil en pacientes adultos mayores con déficit cognitivo moderado o severo que tienen dificultad para comunicarse verbalmente. Es vertical y posee una graduación de transparencia hasta el rojo intenso calificado como el dolor más intenso, al costado presenta referencias sobre las diferentes intensidades.

Escala Conductual Behavioral Pain Scale (BPS)

Ibarra⁴⁸ aporta que es la primera escala para pacientes sedados de la UCI, ya que ellos no pueden comunicarse verbalmente pero pueden expresarse por otros medios. El

instrumento valora de 1- 4 la expresión facial, la movilidad y la conducta de las extremidades superiores y la presencia de lucha o no con el ventilador, los movimientos que toma en cuenta son muecas, rigidez, retracción, parpados apretados y cerrados, puños cerrados, entre otras.

Cuestionarios Multidimensionales

Cuestionario de MacGill-Melzack A

Pardo et al.,⁴⁹ explica que al paciente se le presentan una serie de palabras agrupadas que describen las dos dimensiones, que integran la experiencia dolorosa, sensorial y la afectiva; junto con la dimensión evaluativa, hay un total de 78 adjetivos del dolor en 20 grupos que relejan las distintas dimensiones del dolor.

Test de Latineen

El test de Latineen es más limitado, pero más fácil de comprender y de aplicar, toma en cuenta la incapacidad que produce el dolor, la frecuencia y la cantidad de analgésicos que debe tomar y la distorsión que produce el sueño junto con la intensidad del propio dolor.

Cuestionario de Wisconsi (BPI)

Amsel⁵⁰ menciona que este cuestionario es auto administrado, fácil y breve. Mide los antecedentes del dolor, la intensidad y la interferencia en el estado de ánimo. Las expresiones clínicas que toma en cuenta son la confusión, depresión, agitación, desesperación e inclusive algunos pueden pedir la eutanasia.

Intervención farmacológica y No farmacológica

Tratamiento Farmacológico

Astudillo⁵¹ aporta que una terapia analgésica efectiva requiere de un estudio del paciente tomando en cuenta el medio social, intensidad del dolor, funciones orgánicas y expectativas de vida. Además hay que hacer un análisis si el paciente padece de alguna enfermedad antes de prescribir un medicamento, es importante que la familia esté informada y participe en el momento de administrar el tratamiento.

Flores⁵² hace referencia que es importante conocer los mecanismos de acción y la analgesia y sedación, estas últimas deben asegurarse según el aumento reducción del medicamento así como la interrupción diaria de la infusión del sedante y del opioide para evitar una acumulación del fármaco y metabolitos que retrasan la recuperación.

La solución ideal es erradicar por completo la causa que produce el dolor, sin embargo, esa posibilidad no siempre se puede dar por lo tanto se deben emplear el uso de analgésicos y coadyuvantes.

Aines: Son la primera elección en dolor nociceptivo, especialmente cuando existe un proceso inflamatorio. La mayoría de ellos son inhibidores no selectivos de la ciclooxigenasa, por lo que sus principales reacciones adversas se presentan a nivel de la mucosa gástrica. La primera causa de elección de los aines se debe a que están relacionados con su seguridad, la farmacocinética y la administración. ⁵²

Flores⁵² señala, que los de acción más rápida son preferiblemente, contra dolores, musculo esqueléticos de tipo agudo y los de vida media larga para dolores crónicos. Los fármacos aines más utilizados para tratar el dolor se pueden destacar el paracetamol, ibuprofeno, la aspirina, naproxeno, metamizol, entre otros.

Flores⁵² señala que en el caso de los Opioides, los receptores opioides están ampliamente distribuidos por el sistema nervioso y al interaccionar los opioides generan analgesia por lo que son más eficaces para tratar el dolor.

Los pacientes que consumen estos fármacos pueden presentar alteraciones y cambios de humor como euforia, somnolencia, cambios en la imagen corporal y otras. Además puede darse estreñimiento, enrojecimiento de la piel y prurito, náuseas y vomito generalmente en la primera toma del medicamento. Entre los más utilizados se pueden mencionar la morfina, el tramadol, la codeína y la dihidrocodeína.

Fármacos Adyuvantes: Leland⁵³ los define como un grupo de fármacos con una estructura química diferente careciendo de acción antiálgica, pero pueden ser muy eficientes en diferentes cuadros usándose solos. Se pueden clasificar en psicótrópos mencionándose los antidepresivos, ansiolíticos, anti-convulsionantes, entre otros. Y en la otra clasificación están los cortico-esteroides, agonistas alfa-2 y anestésicos locales.

Los fármacos adyuvantes más conocidos por su acción son la amitriptilina, imipramina, doxepina, clonacepan, carbamacepina, prednisona y la gabapentina.

Lablanca y Collantes⁵⁴ señala que para poder evaluar el grado del dolor y tener claro que medicamento se puede recetar se utiliza una escalera analgésica del dolor, según la OMS ayuda a emplear los analgésicos de forma más secuencial de manera que si un dolor no se controla con los fármacos del primer escalón se debe subir al siguiente y así respectivamente.

Tratamiento No Farmacológico

Los dolores pueden aliviarse o al menos disminuirse con la implementación de técnicas que ayudan al paciente poder mejorar su calidad de vida, buscando en ellos el uso de otras herramientas que van más allá de los fármacos y los efectos secundarios que pueden generar.

Lablanca y Collantes⁵⁴ mencionan que los tratamientos no farmacológicos son herramientas que puede implementar el profesional de enfermería de forma independiente, sin mediar la indicación del médico tratante, en busca de maximizar el sentido de bienestar del usuario.

Algunos de ellos son:

Escucha activa: la escucha activa consiste en poder atender de forma completa el mensaje que se desea transmitir no solo lo que dice sino también al como lo dice con sus gestos, hacerle sentir a la persona que estamos poniendo atención y que nos interesa su opinión.⁵⁵

La escucha activa en la enfermería es muy importante porque para poder evaluar el dolor es necesario poner atención y tomar en cuenta la opinión de las personas, hacerles saber que estamos dispuestos a escucharlos y que por lo tanto son parte activa del proceso de recuperación, así como el de salud enfermedad.

Donabedian⁵⁵ menciona que es la base de la atención sanitaria donde se sitúan el proceso de salud y enfermedad, donde tiene que haber interacción del enfermero con el paciente y la familia, como método donde se exponen sus sentimientos y por lo tanto son válidos.

Empatía: atributo que le da el enfermero a la habilidad de poder comprender verdaderamente a la otra persona, es la capacidad de poder entender las preocupaciones, experiencias y perspectiva de un paciente; así como la capacidad de poder comunicarlo a los demás.⁵⁶

Triana⁵⁶ señala que la capacidad de poder comunicar el entendimiento de la experiencia del paciente permite que la información pueda ser validada por la misma persona, lo

cual implica la utilización de una buena comunicación y de poder ponerse en el lugar del paciente para así poder ayudar a satisfacer sus necesidades. Es gracias a esa capacidad de percibir y entender al otro en las dimensiones cognitivas y emocional que la empatía puede unirse formando una visión integradora.

Psico-educación: la enfermería utiliza la educación en la salud como herramienta para brindar información sanitaria a los individuos y grupos de personas. Con la psico-educación se pretende buscar un cuidado integral de forma eficaz.

Herrera et al⁵⁷ señalan que es una aproximación terapéutica en la cual se proporciona a los familiares del paciente información sobre la enfermedad, es un proceso donde se facilita, se detalla y se resume información importante para responder preguntas o dudas que tengan los familiares sobre el cuidado y la evolución de la enfermedad”.

Aromaterapia: es un tipo de tratamiento alternativo que se emplea con aceites esenciales o líquidos aromáticos de plantas, cortezas, hierbas y flores, los cuales se frota en la piel o se inhalan para promover el bienestar físico y psicológico. En ocasiones e pueden usar con masajes u otras técnicas alternativas para darle un enfoque holístico.

Herrera et al⁵⁷ mencionan que esta técnica ofrece ciertos beneficios al tener propiedades analgésicas, antibióticas, antisépticas, sedantes, expectorantes y diuréticas. Generalmente se pueden tratar una amplia gama de síntomas y condiciones físicas como malestar estomacal, dolores de cabeza, condiciones relacionadas al estrés, problemas circulatorios, entre otras.

Termoterapia: Silva⁵⁸ menciona que la aplicación de calor como de frío puede ayudar a aliviar el dolor, generalmente se recomienda la aplicación de frío en dolores agudos y

con componente inflamatorio (esguince, picaduras y traumatismo) y el caliente en dolores subagudos y crónicos como artropatías y contracturas.

Electroestimulación: la técnica más utilizada es el TENS que ha demostrado ser muy eficaz en diferentes tipos de dolor cuando inhibe la actividad de las fibras nociceptivas. No suele conseguir una analgesia completa, pero resulta útil como medio de complemento; los dolores donde es más eficaz es en los musculo esqueléticos y la neuralgia que se da tras una amputación.⁵⁸

Relajación: la aplicación de masajes por fisioterapeutas ayuda a disminuir la sensación dolorosa porque favorecen tanto el drenaje como la relajación muscular y mejoran la flexibilidad, aportando beneficios psicológicos.

Musicoterapia: Barbain⁵⁹ dice que la musicoterapia puede ser usada en enfermería como alternativa para aliviar el dolor, su empleo puede ser como coadyuvante de la analgesia o de forma individual. El uso de la música ayuda a lograr un cambio en el comportamiento, la sensación o la fisiología; es una técnica no invasiva de fácil utilización y barata.

Intervención de Enfermería en el manejo del dolor.

Silva⁵⁸ define que la intervención que pueda realizar un enfermero a un paciente con dolor es esencial ya que puede ayudar a mejorar la calidad de vida y a brindarle nuevas herramientas que la persona puede aplicar cuando se encuentre solo o ser brindada por terceros cuando la condición física y mental del usuario no se lo permita.

La enfermera puede intervenir de forma que ayude al paciente en el control del dolor, a situarlo, identificarlo, localizarlo para poder brindar un tratamiento adecuado. Además de brindar educación sobre la importancia de un estilo de vida saludable donde se

implementen ejercicios que no aumenten el dolor, una buena alimentación y dormir las horas adecuadas.⁵⁸

La intervención del enfermero ayuda a fomentar la comodidad física, que el paciente se encuentre en un ambiente cómodo, agradable y que cuente con todo lo necesario de acuerdo a sus necesidades, esto ayudara que la persona se sienta atendida. Se puede educar para el autocuidado del paciente, explicando a los familiares o encargados los cuidados que requiere.¹⁴

Barbain⁵⁹ menciona que puede favorecer que el paciente se tome de forma adecuada el fármaco para que sea efectivo, aplicarlo en caso que sea necesario. Así como cambios de posición a pacientes encamados, brindar ayuda para solventar las necesidades físicas que se presenten o incluso curaciones de heridas o de úlceras si se presentan.

Silva⁵⁸ menciona que la utilización de un método adecuado para valorar el dolor, si se presentan cambio o alguna alteración, como por ejemplo escalas u hojas de registro; esto con el fin de poder llevar un registro que ayude a medir si el dolor sigue igual o ha mejorado des pues de la aplicación de un fármaco, puede servir como herramienta en el cuidado que brinda el enfermero.

El profesional de enfermería debe buscar herramientas de tipo no farmacológicas que ayuden a que el paciente se encuentre ocupado y le puedan servir para disminuir el dolor, terapias que pueden ser desde la casa en el momento de la visita o en grupo en la comunidad, puede implementar el uso de actividades lúdicas en el manejo y control del dolor y aquellos síntomas oportunistas.

Las intervenciones de enfermería pueden ser acciones como cambios de posición y a la vez explicarle a la familia la importancia de realizar esta acción ya que se previenen la

aparición de úlceras por presión, realización de curaciones, hidratación de la piel reseca, control de la eliminación, esto para llevar un control de autocuidado del paciente.

Las enfermeras pueden hacer mucho en el control del dolor, quizás no siempre se pueda aliviar, pero es importante estar ahí, escuchando al paciente, apoyándolo para que pueda vivir dignamente y brindando medidas de confort que disminuyan aquellas situaciones que provoquen molestias y ansiedad y con ello el aumento del dolor como tal.

Estilos de vida de la persona

Fernández⁶⁰ señala que para el alivio del dolor, no sólo es necesario la administración de medicamentos que ayudan a sentirse mejor, para eso también es necesario tomar en cuenta el estilo de vida que lleva la persona, y si es necesario realizar cambios para mejorar y disminuir el dolor. Tanto la salud física como la alimentación, la condición física y el bienestar psicológico pueden influir en la susceptibilidad y la forma en que lo percibe el usuario. Al comprender tu cuerpo y cambiar estilos de vida puedes ayudar a disminuir el dolor.

Fernández⁶⁰ aporta que llevar una dieta equilibrada es importante, muchas veces el dolor puede venir de una dieta deficiente con carencias de hierro, vitaminas, el aporte de fibra y proteínas, las cuales son necesarias para un buen funcionamiento del organismo y fortalecimiento del mismo.

Camargo et al.,¹⁴ señala que en caso que haya presencia de dolor, y este no sea tan intenso y no exista impedimento físico es bueno realizar actividad física, con ejercicios que no sean tan pesados para la persona. Ayuda a mantenerte sano y disminuir el estrés, la presión arterial y evita enfermedades como la angina de pecho.

Fernández⁶⁰ menciona que dormir lo necesario es fundamental para un buen funcionamiento del cuerpo al día siguiente, además ayuda a mantener un nivel alto de energía; el sueño se puede ver interrumpido cuando hay presencia de dolor muy intenso para esto es necesario el uso de fármacos que ayuden a conciliar el sueño e implementar posturas correctas.

Los enfermeros tienen la obligación y responsabilidad de mencionarle al usuario sobre una correcta posición de posturas en el momento de sentarse, dormir, o realizar actividades de la vida cotidiana. Sobre todo en dolores provocados por hernias en la columna, las cervicales u otro padecimiento, con esto se busca ayudar a disminuir el dolor.

2.1.3 MODELOS Y TEORÍAS

Teorizante Dorothea Orem

Prado, González, Paz¹⁹ menciona que la enfermería desde sus inicios se ha considerado como un producto social vinculado al arte de cuidar, por lo que responde a la necesidad de ayudar a las personas, cuando estas no tienen capacidad suficiente para proporcionarse a sí misma o a las personas, que dependen de ellas, la calidad y cantidad de cuidados para mantener la vida, identificando los problemas de salud y las necesidades reales o potenciales de la persona, familia y comunidad que demandan cuidados, generando autonomía o dependencia como consecuencia de las actividades que asuma el enfermo.

Prado et al.,¹⁹ en su teoría se aborda al individuo de manera integral en función de situar los cuidados básicos como el centro de ayuda al ser humano a vivir feliz durante más tiempo, es decir mejora la calidad de vida.

Dorothea Orem conceptualiza la enfermería como el arte de actuar por la persona incapacitada, brindarle apoyo para aprender a valerse por sí misma con el objetivo de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de dicha enfermedad, incluyendo la competencia desde su relación interpersonal de actuar, conocer y ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades y demandas de autocuidado, donde debe respetar la dignidad humana.

Dorothea Orem permite que el enfermo participe en la planificación e implementación de su propia atención de la salud, si tuviese la capacidad para ello, que propicien el desarrollo ascendente de la ciencia enferma, respetando las normas, códigos ético-legales y morales que desarrolla la profesión.

Dorothea Orem definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos

Persona: concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.¹⁹

Salud: la salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser

humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona.

Enfermería: servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto es proporcionar a las personas y grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.¹⁹

Las personas deben asumir el autocuidado como la responsabilidad que tiene cada individuo para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud. Por lo que se hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, por otro lado, supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, y hacer de la educación para la salud la herramienta principal del trabajo.

Prado et al¹⁹ los enfermeros actúan cuando el individuo, por cualquier razón, no puede auto cuidarse, para ellos Orem propone los siguientes métodos de asistencia de enfermería, se basa en la relación de ayuda y suplencia los enfermeros hacia el paciente, y son:

1. Actuar en lugar de la persona, por ejemplo, en el caso del enfermo inconsciente.
2. Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
3. Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
4. Promover un entorno favorable al desarrollo personal, por ejemplo, las medidas de higiene en las escuelas.

5. Enseñar a la persona que se ayuda, por ejemplo, la educación a un paciente portador de una cardiopatía congénita en cuanto a la higiene y actividades que debe realizar.

El autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben deliberadamente llevar a cabo por sí solas, una actividad del individuo, aprendida por este y orientada hacia un objetivo una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud o bienestar, consideramos que el auto cuidado es un sistema de acción.

Dorothea Orem se relaciona con el tema de esta tesis, porque habla de autocuidado, de cómo las personas deben asumir la responsabilidad de cuidarse, de individualizarse y que cada persona por sí misma sepa las necesidades que requiere, el tema de la tesis habla de cómo el estilo de vida de una persona puede ayudar o perjudicar en el manejo del dolor, las personas deben participar en la planificación de las actividades que va a desarrollar para mejorar el dolor.

El enfermero (a) tiene como objetivo poder brindarle herramientas y alternativas a cada persona para que de acuerdo a su estilo de vida saludable, ya sea haciendo ejercicio, durmiendo la cantidad de horas adecuadas, terapias en grupo, y demás ideas sirvan para que la persona ayude a disminuir el dolor y pueda tener una mejor calidad de vida, así como lo plantea Dorothea que cada individuo busque las necesidades y las pueda corregir.

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

Se realiza la investigación con un enfoque cuantitativo, donde por medio de preguntas se evalúa la vivencia de las personas considerando el estilo de vida e intervenciones personales sobre el manejo del dolor.

3.2 TIPO DE LA INVESTIGACIÓN

Se realiza una investigación de tipo descriptivo, ya que lo que se busca es contar los hechos que se logran observar según los estilos de vida de las personas y las intervenciones que realiza enfermería en el manejo del dolor.

3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO

Higuito pertenece al distrito 2 conocido como San Miguel, le pertenecen barrios como el Lince, Encinales, Santa Bárbara, Rodillal, Llano, Sabanilla, Huazo y en ellos se desglosan varios más.

Higuito es un lugar rural, en sus comienzos abundaban las fincas con ganado, pequeños negocios como pulperías, bazar, zapateros, las personas se ganaban la vida en pequeñas empresas, se conoce como un lugar muy tranquilo donde sus raíces aún son de pueblo.

Higuito se ha desarrollado mucho contando con empresa de buses propia, Ebais, colegio, tiene la escuela líder del área de Desamparados, plaza de futbol, clínicas dentales, escuelas privadas, con el fin de poder satisfacer las necesidades de la población.

3.3.1 Población

El área de estudio cuenta con una población de 100 personas que padecen dolor crónico asociado a enfermedades metabólicas y crónicas.

3.3.2 Muestra

N: Población 18.513

n: Muestra

Z: Factor de confiabilidad (1,96)

P: 0,5 **Q:** 1-P= 0,5

D: Margen de error permisible (0,1)

$$n = \frac{18513(1.96)^2 (0.5)(0.5)}{(0.1)^2 (18513-1) + (1.96)^2 (0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{17779,88}{177,78} = 100,05$$

3.3.3 Criterios de Inclusión y Exclusión

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Personas de 30 a 70 años	Personas menores de 30 años.
Personas con dolores crónicos como migrañas, fibromialgias, dolores lumbares, dolores post quirúrgicos y procesos neoplásicos.	Personas con dolores agudos o que no sean tan frecuentes. Personas que se encuentren en etapa terminal.
Hombres y Mujeres	Personas con trastorno mental.

3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se implementa el diseño de un cuestionario por elaboración propia a partir de preguntas que ayudaran a la recolección de la información necesaria.

3.4.1 Validez y confiabilidad del cuestionario

La validez y confiabilidad es elaborado a través del plan piloto

3.4.2 Confiabilidad del cuestionario

La validez y confiabilidad es elaborado a través del plan piloto.

3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Se trabaja con un diseño no experimental de tipo transversal donde la información se va a recolectar en un mismo momento.

3.6 OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Objetivo Específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento

<p>Identificar la intervención del profesional de enfermería en el manejo del dolor en pacientes de 30 a 70 años en la comunidad de Higuato de Desamparados</p>	<p>Intervención del profesional de enfermería</p>	<p>Todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente.</p>	<p>Medidas, las estrategias o herramientas que realiza el profesional de enfermería para disminuir el dolor.</p>	<p>Estrategias aplicadas.</p> <p>Aplicación de fármacos.</p> <p>Medidas no farmacológicas para disminuir el dolor.</p>	<p>Técnicas de relajación, distracción, brindar apoyo al paciente.</p> <p>Ibuprofen, tramal, acetaminofén, morfina, codeína.</p> <p>Masoterapia Aromaterapia musicoterapia</p>	<p>¿Cuáles son las estrategias aplicadas para disminuir el dolor?</p> <p>¿Qué fármacos utiliza? ¿Cuál vía de administración del fármaco utiliza?</p> <p>¿Cuáles medidas no farmacológicas utiliza para disminuir el dolor?</p>
---	---	--	--	--	--	--

<p>Identificar los estilos de vida que tienen los pacientes en la comunidad de Higuito Desamparados</p>	<p>Estilos de vida</p>	<p>Conjunto de patrones y conductas relacionadas con la salud, determinado por las elecciones que hacen de acuerdo a las oportunidades que ofrece su propia vida.</p>	<p>En el cuestionario o preguntar por horas de sueño, hábitos nocivos, consumo de medicamentos, actividad física, sedentarismo.</p>	<p>Hábitos nocivos. Padece de depresión, ansiedad. Horas de sueño. Realiza actividad física</p>	<p>Es consumidora de alcohol o fuma. Medicamentos relajantes y para el alivio del dolor. Duerme 8 horas nocturnas. Cuantas veces a la semana</p>	<p>¿Es usted una persona fumadora? ¿Tiene algún vicio? ¿Padece de ansiedad? ¿Padece de depresión? ¿Cuántas horas duerme? ¿Que tipo de actividad realiza?</p>
<p>Describir las características demográficas de la población de 30 a 70 años que viven en Higuito de Desamparados.</p>	<p>Características demográficas</p>	<p>Conjunto de características que definen a un persona en un lugar determinado.</p>	<p>En el cuestionario se preguntara la Edad, genero, condiciones de vida</p>	<p>Edad, género, condiciones de vida</p>	<p>Edad, género y condiciones de vida.</p>	<p>¿Qué edad tiene? ¿Cuál es su género? ¿Cómo es su estilo de vida?</p>

3.7 PLAN PILOTO

El plan piloto de esta investigación se lleva acabo con 16 personas incluyendo hombres y mujeres con edades entre 30 y 70 años, con dolor físico asociado al estilo de vida y habitantes de Higuito de Desamparados.

Con los resultados asociados a esta investigación se modifica la pregunta 6, para ello se agrega una opción antes con un ingreso mensual menor a 250 mil ya que varias personas con este monto como ingreso o menos.

Se agrega una pregunta adicional sobre *¿a qué profesión u oficio se dedica o se dedicaba?* la persona entrevistada, esto con el fin de poder relacionar el trabajo con la zona del dolor que refiere el entrevistado. Se coloca una pregunta para que los usuarios evaluados califiquen la atención brindada por el enfermero (a) en el momento de la visita, es de selección única donde se toma en cuenta si la atención fue excelente, muy buena, buena, regular, mala o muy mala.

CAPÍTULO IV. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

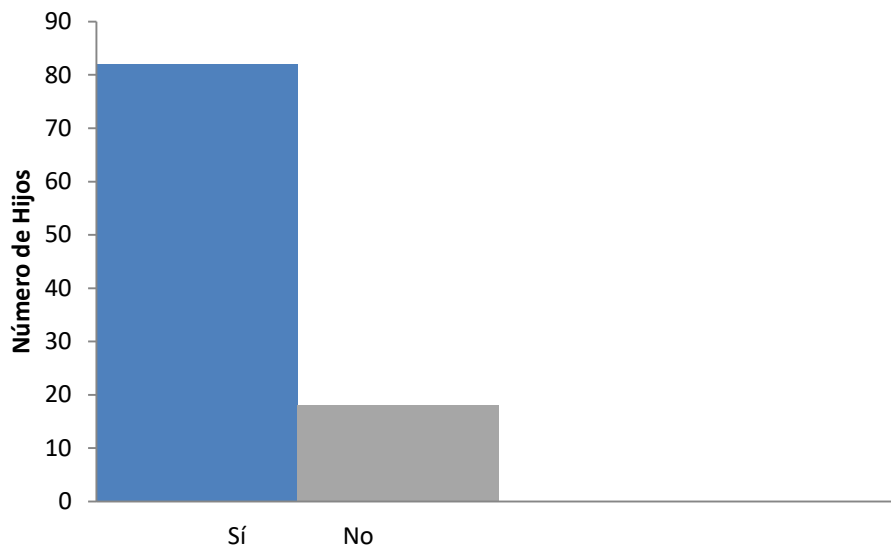


Figura N° 1. Agrupación de la población según la tenencia o no de hijos. San José Costa Rica. 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

La población encuestada indica que un 82% tienen hijos, mientras que el resto de los usuarios afirman no tener.

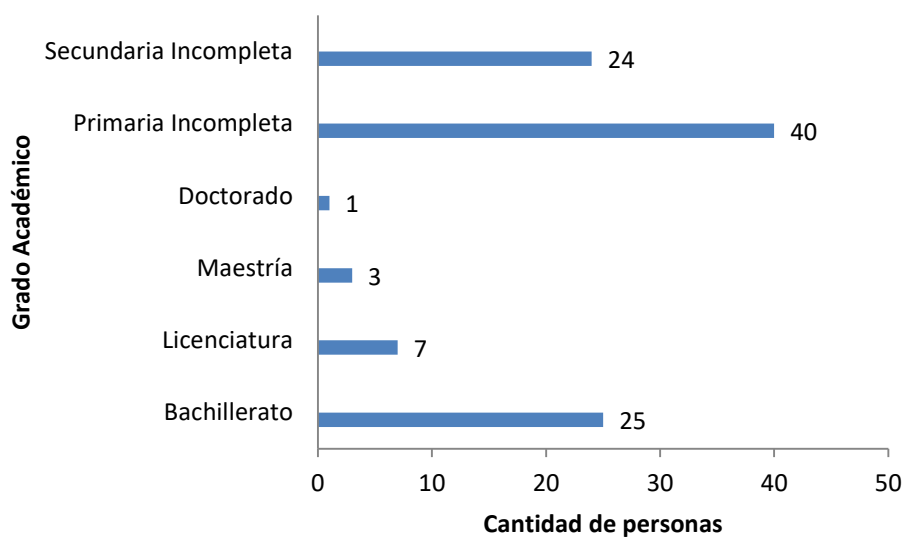


Figura N° 2. Distribución de la población según el último grado académico obtenido.

San José. Costa Rica. 2018. Fuente: Elaboración propia 2018

El grado académico más alto con el que cuenta la población es de primaria incompleta con un 40%, mientras que tan sólo un 25% tiene bachillerato.

Tabla N°1

Distribución de la población según el ingreso salarial mensual y las personas que dependen económicamente de ese ingreso, 2018.

Ingreso Salarial	Absoluto	Porcentaje
Menos de 250 mil	7	12%
De 250 mil a 350 mil	13	23%
De 350 mil a 450 mil	11	20%
De 450 mil a 550 mil	6	11%
De 550 mil a 650 mil	9	16%
De 650 mil a 750 mil	4	7%
Más de 750 mil	6	11%
TOTAL	56	100%

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Las personas dependientes económicamente corresponden a un 56% del total de la muestra, siendo mayormente 13 personas las que dependen de un ingreso de 250 mil a 350 mil en el núcleo familiar.

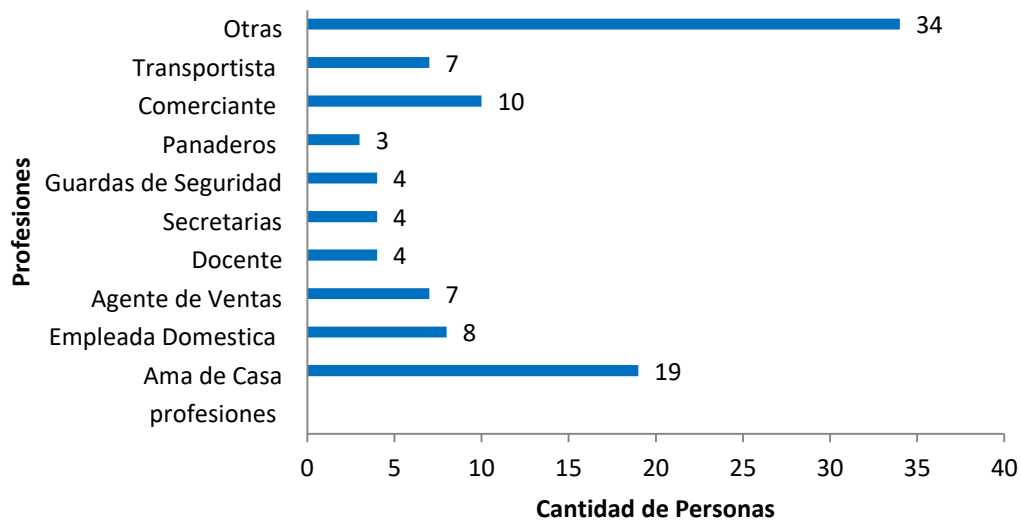


Figura N° 3. Distribución de la población según la profesión u oficio al que se dedica o dedicaba. San José Costa Rica. 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

Las personas amas de casa representan un 19% de la población encuestada, mientras que un 34% se destinan a profesiones como estilistas, costureras, agricultores, mecánicos, cajeros entre otros.

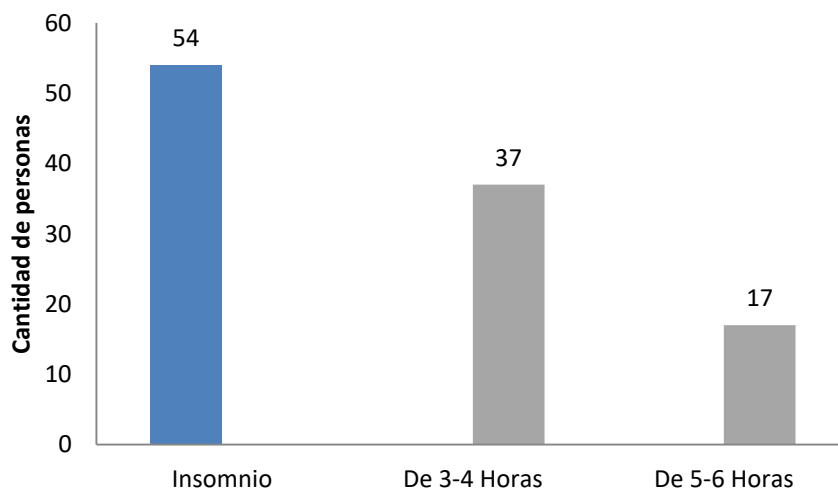


Figura N° 4. Distribución de la población si padece de insomnio y la cantidad de horas que duerme por día. San José Costa Rica. 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

La población que refiere padecer de insomnio representa un 54% de la población encuestada, donde 37 personas indican que duermen de 3-4 horas durante la noche.

Tabla N°2.

Distribución de la población según el padecimiento de insomnio y el grado de dolor, 2018.

Insomnio	Grado de dolor 8	%	Grado de dolor 9	%	Grado de dolor 10	%
Sí	6	46%	10	59% 58%	6	75%
No	7	54%	7	41%	2	25%
TOTAL	13	100%	17	100%	8	100%

Fuente: Elaboración propia, 2018.

La relación entre el grado de dolor y la presencia de insomnio en esta población refleja que las personas con grado de 10 son los más susceptibles a padecer de insomnio con un 75% de las personas que indican tener este grado de dolor.

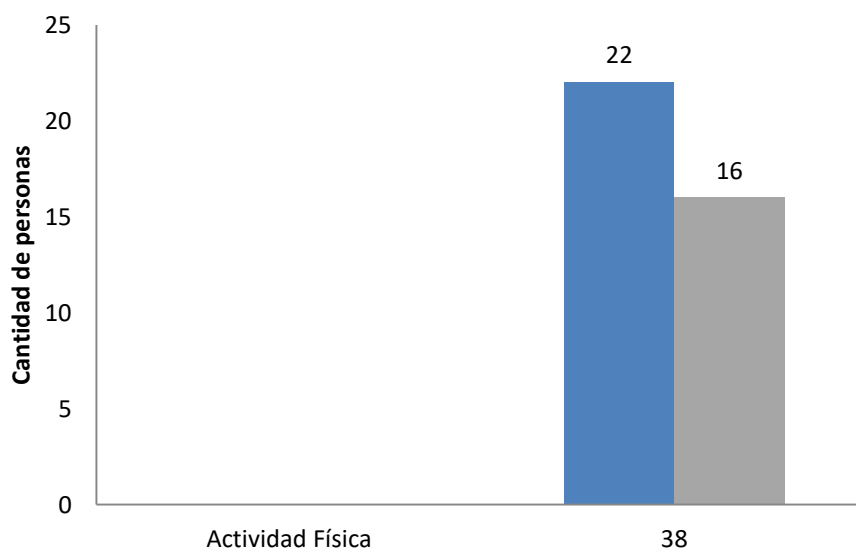


Figura N°5. Distribución de la población encuestada según la realización de actividad física y la agrupación por género. San José Costa Rica. 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

Las mujeres representan la población que más actividad física practican con un 22% de los usuarios encuestados, que afirman que realizan algún deporte.

Tabla N°3.

Distribución de la población según la sensación de anhedonia y el grado de dolor.

Anhedonia	Grado de dolor 8	%	Grado de dolor 9	%	Grado de dolor 10	%
Varios días	1	9%				
Durante más de la mitad de los días	7	58%	1	6%	4	50%
Casi todos los días	4	33%	16	94%	4	50%
TOTAL	12	100%	17	100%	8	100%

Fuente: Elaboración propia, 2018.

La población encuestada según el grado de dolor 9, 16 personas refiere que “casi todos los días” sienten poco interés en realizar actividades de la vida cotidiana, mientras que con un grado de dolor 8 solamente una persona indica tener ese sentimiento.

Tabla N°4.

Agrupación de la población según la frecuencia de sentimiento de “poca valía” y el tratamiento administrado para el manejo del dolor, 2018.

Tratamiento	Varios días	%	Más de la mitad de los días	%	Casi todos los días	%
Ibuprofeno	14	29%	9	16%	2	20%
Paracetamol	10	21%	13	23%	1	10%
Tramal	8	17%	11	20%	3	30%
Morfina	2	3%	8	14%	2	20%
Amitriptilina	7	15%	8	14%	1	10%
Otro	7	15%	7	13%	1	10%
TOTAL	48	100%	56	100%	10	100%

Fuente. Elaboración propia, 2018.

El ibuprofeno representa el medicamento más utilizado por la población que refiere tener un sentimiento de poca valía durante “varios días de la semana”, seguido del paracetamol con un 23% de la población que indica sentirlo durante más de la mitad de la semana.

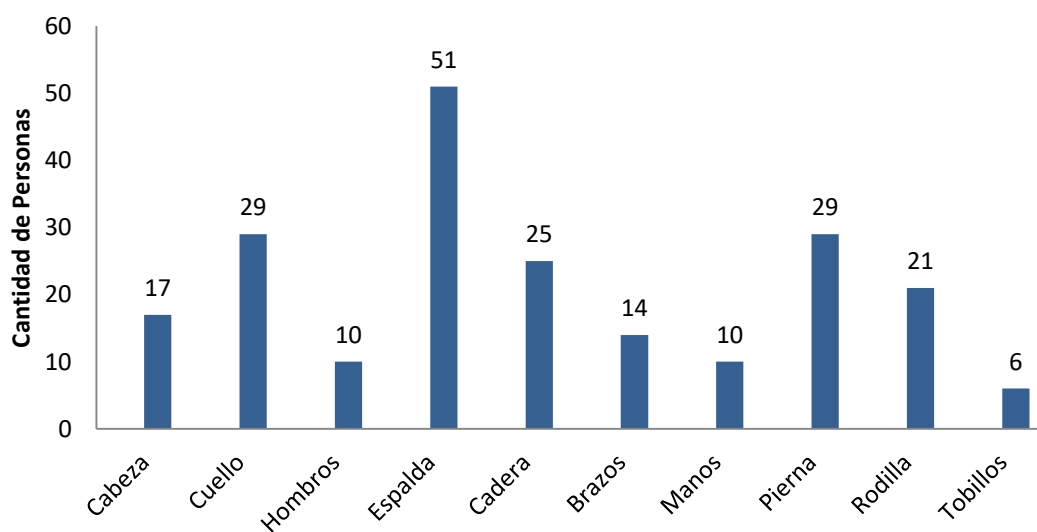


Figura N° 6. Distribución de la población según la localización anatómica del dolor.

San José Costa Rica. 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

El área anatómica con mayor afectación de la población padeciente de dolor es la espalda con 51 usuarios y solamente 6 personas refieren sentir dolor en los tobillos.

Tabla N°5.

Agrupación de la población encuestada según la presencia de dolor durante el día o la noche la aparición del y la actividad que se limita cuando hay dolor. San José Costa Rica. 2018.

Actividad Limitante	Durante la mañana	%	Durante el día	%	Durante la noche	%
Caminar	6	16%	52	24%	4	13%
Cocinar	3	8%	18	8%		
Labores de limpieza	13	35%	33	15%	2	6%
Dormir	1	3%	27	12%	21	67%
Comer	2	5 %	8	4%		
Uso de la computadora	3	8. %	6	3%	2	6%
Salir	2	5%	30	14%		
Trabajar	5	14%	27	12%	3	9%
Bañarse	2	5%	17	8%		
Total						

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Las actividades cotidianas más afectadas cuando hay presencia de dolor durante el día es caminar con 52 personas, seguido de realizar labores de limpieza. Mientras que si el dolor es por la noche hay 21 personas afectadas en el momento de dormir.

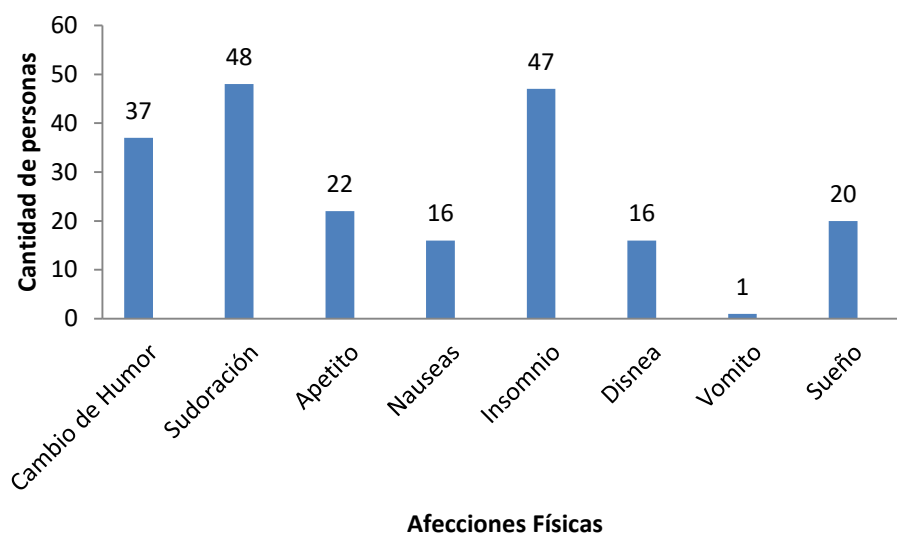


Figura N° 7. Distribución de la población encuestada según afecciones físicas que surgen cuando hay presencia de dolor. San José Costa Rica. 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

La sudoración representa la mayor afección física que refiere sentir la población encuestada con un 48% de ellos, mientras que tan solo un 1% experimenta vómitos.

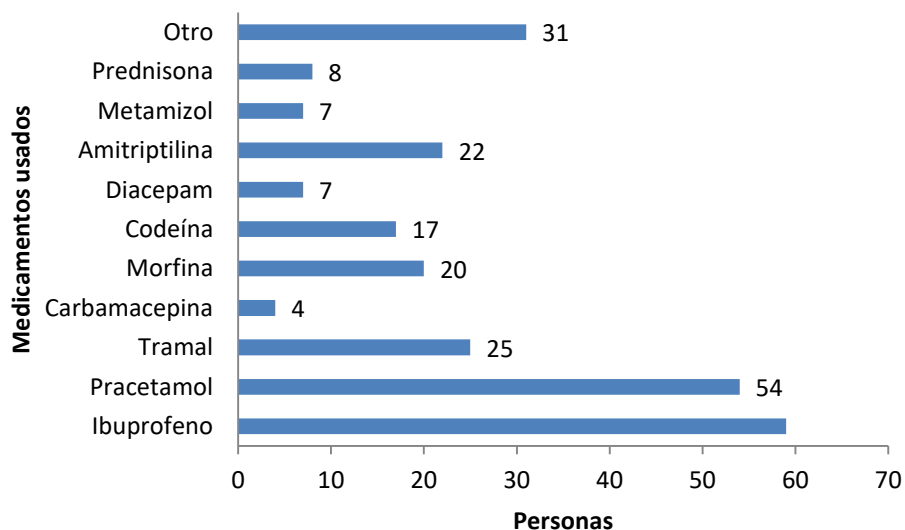


Figura N° 8. Distribución de la población según medicamentos usados cuando hay dolor.

San José Costa Rica. 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

El ibuprofeno es uno de los medicamentos mas utilizados por la poblacion que refiere sentir dolor ya que 59 personas indican que les ayuda a aliviar el dolor, mientras que 31 personas de la población utiliza otro medicamento en los cuales se puede mencionar la vitamina B12, doloneurobión, Gabapentina, entre otras.

Tabla N°6.

Distribución de la población según el grado de dolor percibido y el tratamiento que se administra, 2018.

Tratamiento	Grado de dolor 8	%	Grado de dolor 9	%	Grado de dolor 10	%
Ibuprofeno	11	30%	6	16%	2	13%
Paracetamol	5	14%	7	18%	2	13%
Tramal	7	19%	9	24%	4	24%
Morfina			6	16%	3	19%
Codeína	3	8%	3	8%	1	6%
Amitriptilina	4	11%			1	6%
Diazepam	2	5%				
Prednisona	2	5%	1	3%	1	6%
Otro	3	8%	6	16%	2	13%
TOTAL	37	100%	38	100%	16	100%

Fuente: Elaboración propia, 2018.

La comparación de la tabla anterior se realiza solamente entre los usuarios que indican tener un grado de dolor 8, 9 y 10. De las cuáles 19 personas en total refieren consumir ibuprofeno con mayor frecuencia cuando hay presencia de dolor.

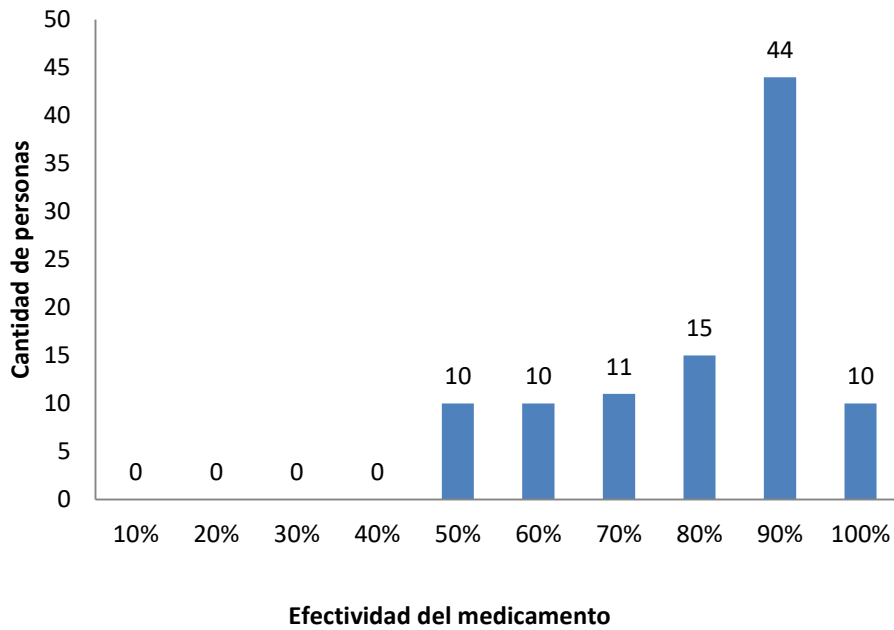


Figura N° 9. Distribución de la población según la efectividad (en porcentaje del alivio) que causa el medicamento en un rango de 24 horas. San José Costa Rica. 2018. Fuente: Elaboración Propia, 2018.

Las personas en su mayoría refieren sentir un 90% de alivio en la efectividad del medicamento cuando este es administrado, mientras que 10 usuarios describen que la efectividad alcanza un 50% después de la administración.

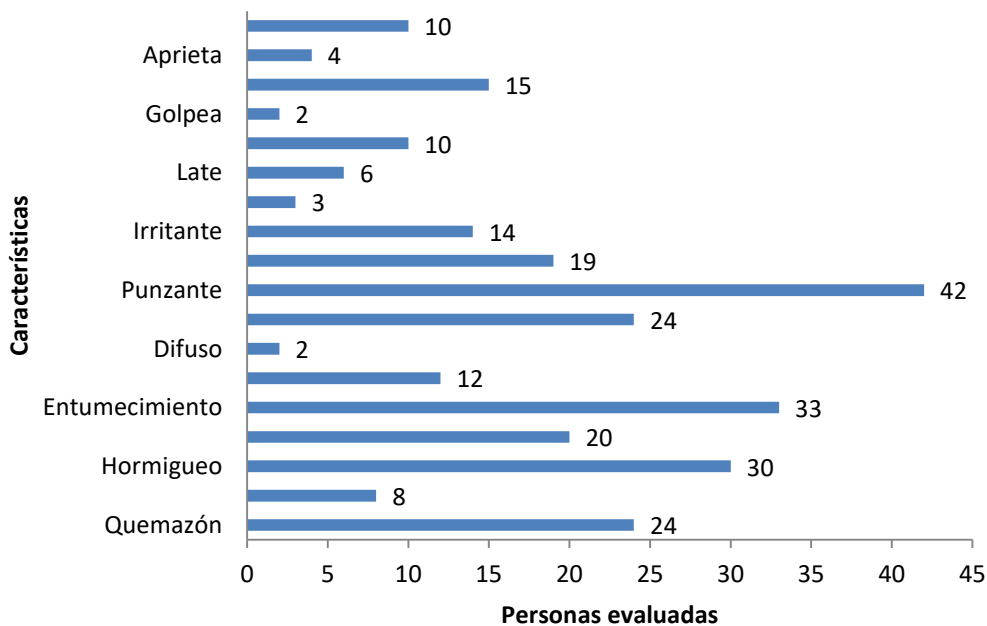


Figura N° 10. Distribución de la población según las sensaciones físicas que tiene el dolor.

San José Costa Rica. 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

La sensación física que mayormente sienten los usuarios son punzadas cuando hay presencia de dolor, en total es un 42% de la población, tan sólo un 2% indican sentir un dolor difuso.

Tabla N°7.

Distribución de la población encuestada según la duración del dolor y el cambio que este tiene en el transcurso del tiempo, 2018.

Cambios del dolor	Minutos	%	Horas	%	Días	%
Continuo	2	13%	20	31%	7	35%
Constante			15	23%	9	45%
Rítmico	1	6%	3	5%	1	5%
Invariable	3	19%	7	11%		
Intermitente	5	31%	16	25%	2	10%
Transitorio			1	2%	1	5%
Periódico			2	3%		
Momentáneo	5	31%				
TOTAL	16	100%	64	100%	20	100%

Fuente: Elaboración propia, 2018.

La tabla anterior demuestra que 20 personas definen su dolor como constante con una duración de horas, si el dolor tiene una duración de 2 días presentan un dolor intermitente.

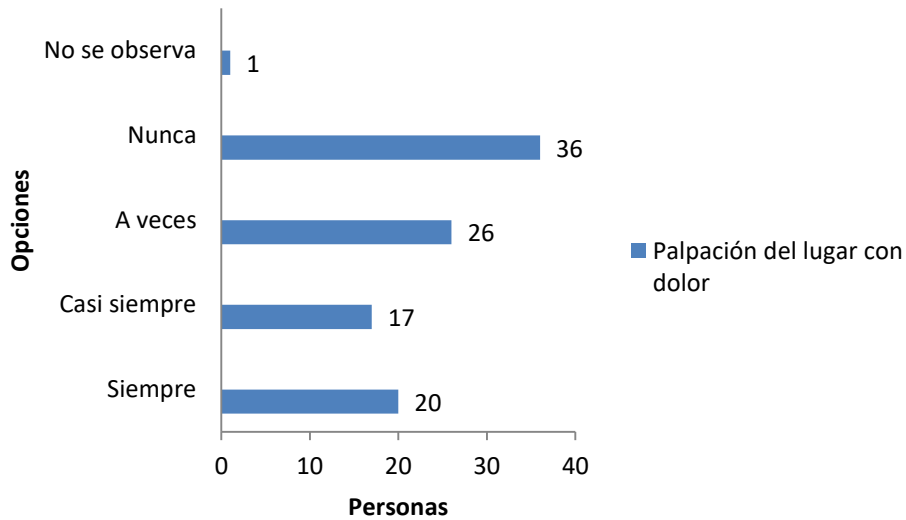


Figura N° 11. Distribución de la población en estudio según el contacto de la enfermera con el usuario y la palpación de la zona anatómica con dolor. San José Costa Rica. 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

Los enfermeros (a) en las visitas que realizan, dentro de las intervenciones pueden palpar la zona anatómica con presencia de dolor, de la población que se encuesta un 36% afirma que “nunca” realiza esta acción.

Tabla N°8.

Distribución de la población según el grado de dolor percibido y la intervención realizada por el enfermero (a) durante la visita.

Intervención	Grado de dolor 8	%	Grado de dolor 9	%	Grado de dolor 10	%
Aplicación de medicamento	8	21%	15	25%	8	22%
Cambios de posición	5	13%	13	22%	6	17%
Curaciones	5	13%	7	12%	4	11%

Escucha Activa	7	18%	7	12%	7	19%
Empatía	10	26%	15	25%	8	22%
Recomienda medicina alternativa	3	9%	2	3%	3	8%
TOTAL	38	100%	59	100%	36	100%

Fuente: Elaboración propia, 2018.

La población que refiere un grado de dolor 9, hay un 25% que indica que la intervención más utilizada por el profesional es la aplicación de medicamento, mientras que la menos usada es la recomendación de medicina alternativa.

Tabla N°9.

Distribución de la población encuestada según la empatía mostrada por el profesional de enfermería durante la visita y la calificación que el usuario le brinda, 2018.

Empática	Excelente	%	Muy buena	%	Buena	%	Regular	%
Siempre	31	76%	20	53%	9	48%		
Casi siempre	10	24%	18	47%	5	26%		
A veces					5	26%	1	50%
Nunca								
No se observa							1	50%
TOTAL	41	100%	38	100%	19	100%	2	100%

Fuente: Elaboración propia, 2018.

La calificación que le brinda el usuario al enfermero (a) en la visita, refleja que 31 personas “siempre” observan que brinda una atención de forma empática, mientras que tan sólo 1 persona califica la intervención como “regular” afirma que no observa el comportamiento empático del personal.

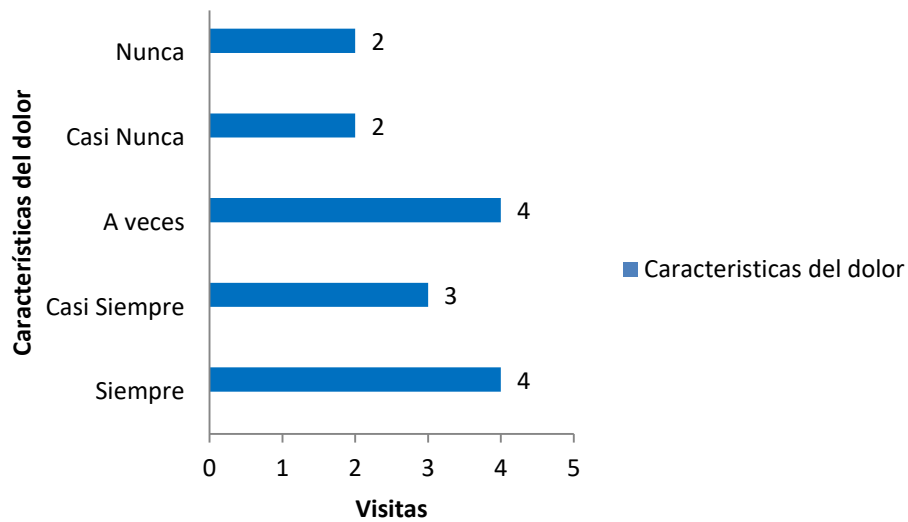


Figura N° 12. Distribución de las visitas según la atención brindada por las características del dolor a los pacientes de forma interesada y atenta. San José Costa Rica. 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

Los resultados reflejan que en 4 visitas los profesionales “siempre” se preocupan por las características del dolor que presentan los pacientes.

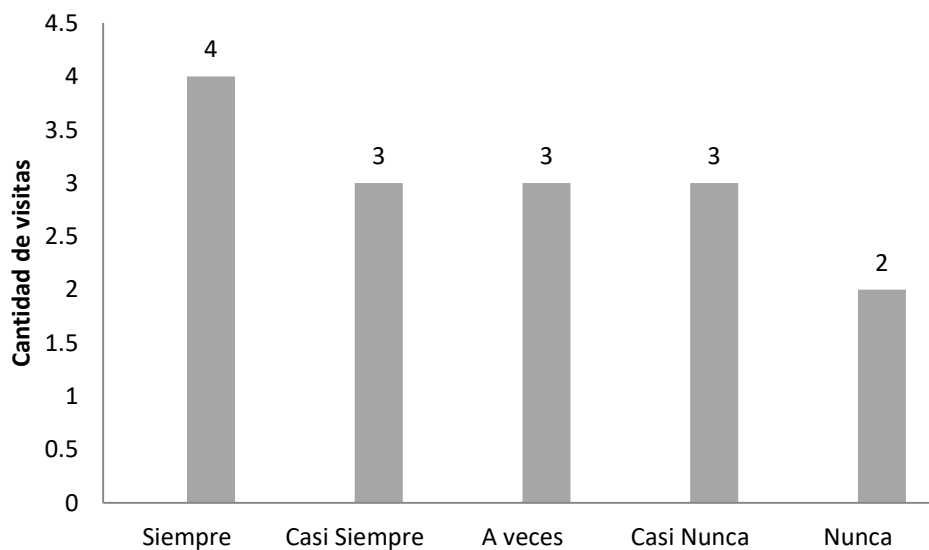


Figura N° 13. Distribución de las visitas según la frecuencia con que el enfermero (a) palpa o localiza el área anatómica referida por el paciente. San José Costa Rica. 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

Las visitas evaluadas donde el enfermero (a) palpa o localiza el área anatómica referida por el usuario, en su mayoría siempre lo hace.

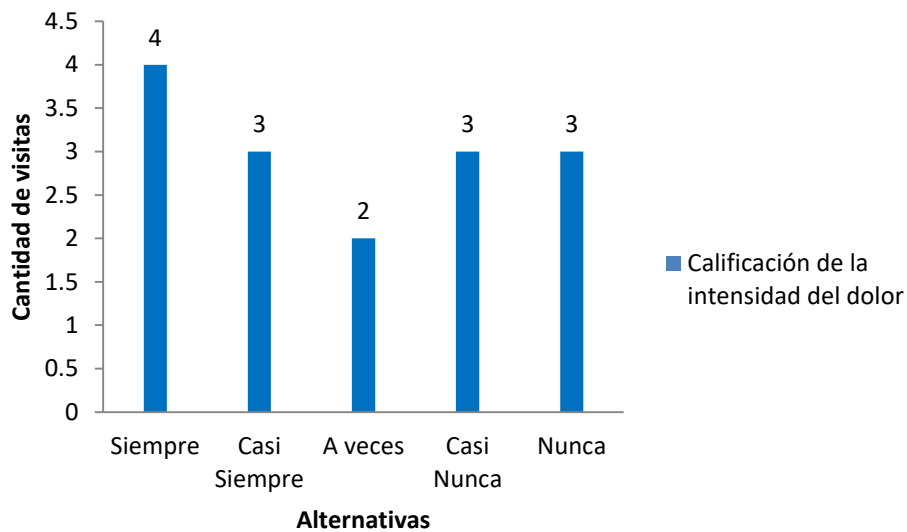


Figura N° 14. Distribución de las visitas evaluadas según la anuencia por parte del profesional de enfermería de permitir que el usuario evalué subjetivamente la intensidad del dolor.

San José Costa Rica. 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

La cantidad de vistas evaluadas a los pacientes con dolor se puede obtener que en 4 “siempre” el profesional de enfermería pide al paciente que califique la intensidad del dolor.

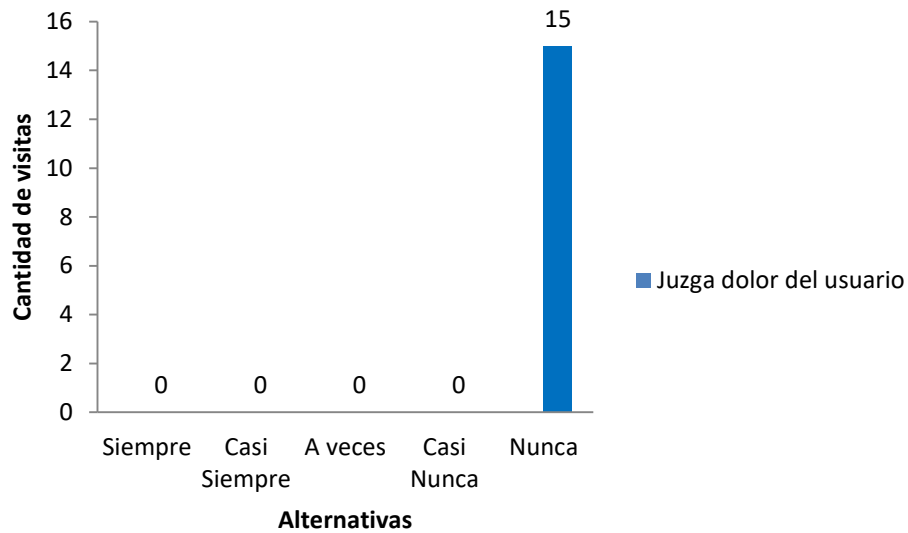


Figura N° 15. Distribución de las visitas evaluadas según el juicio de valor hacia el dolor del paciente con frases “poco empáticas”. San José Costa Rica. 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

Los enfermeros (a) que se evalúan según las visitas que realizan se puede observar que el 100% de ellos nunca juzgan el nivel de dolor o sentimiento asociados al mismo que el paciente refiere, siempre son muy amables y empáticos en el momento de la visita.

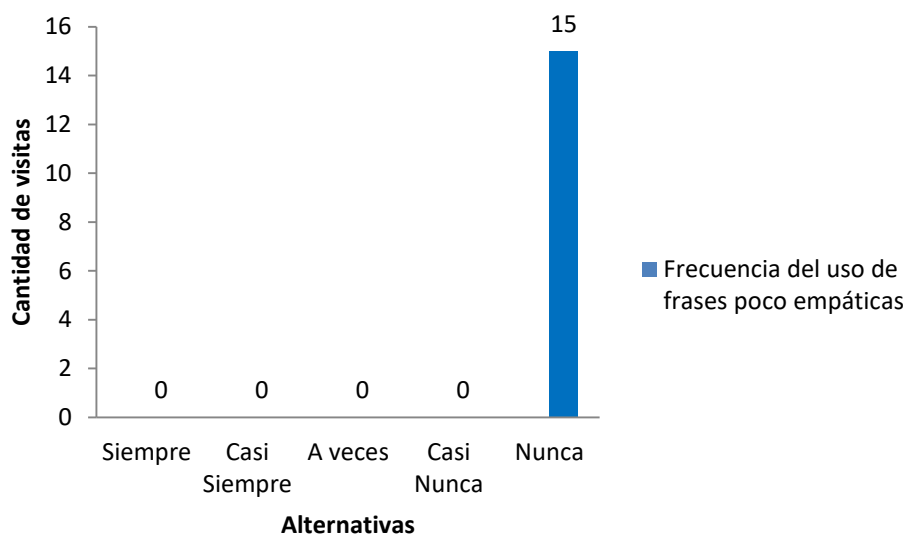


Figura N°16. Distribución de las visitas según la frecuencia con que el profesional de enfermería expresa frases “poco empáticas” sobre el dolor del paciente. San José Costa Rica. 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

Las visitas evaluadas, es decir, el 100% de la población nunca usaron frases poco empáticas y solidarias con el dolor del usuario o frases despreciativas, más bien buscaron en todo momento la manera de ayudar e ir más allá de la mera administración de la medicación.

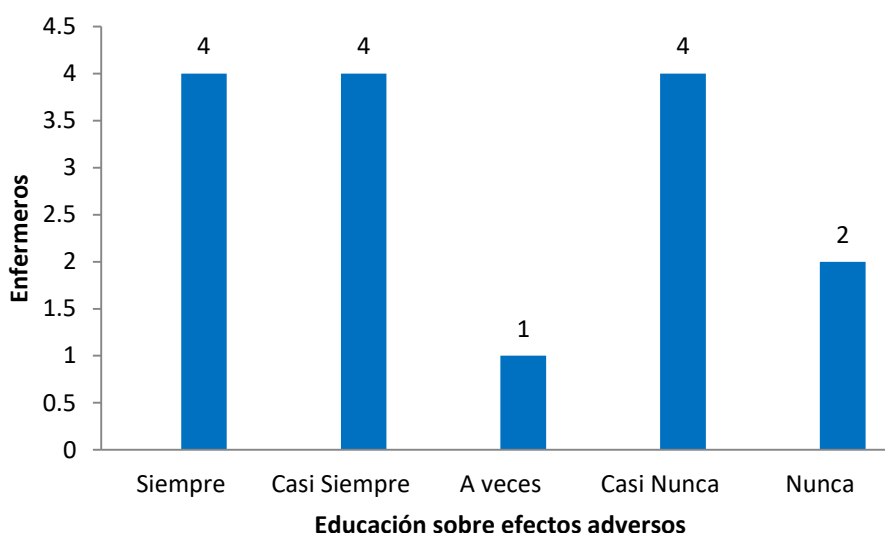


Figura N° 17. Agrupación de las visitas evaluadas según la educación brindada a los pacientes sobre los efectos adversos de los medicamentos. San José Costa Rica. 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

La educación que brinda el enfermero al paciente con dolor siempre debe ser importante ya que hay muchos de ellos que no tienen la facilidad de trasladarse a los centros de salud correspondientes, por la misma razón, se califica que siempre el personal de salud brinda esa información a la población.

Tabla N°10.

Distribución de las visitas realizadas por el profesional de enfermería según la respuesta de la disminución de los estímulos dolorosos y las intervenciones realizadas, 2018.

Disminuye estímulos	Cambios de posición	%	Administra tratamiento	%
Siempre	10	67%	8	53%
Casi siempre			6	40%
A veces				
Casi nunca				
Nunca	5	33%	1	7%
TOTAL	15	100%	15	100%

Fuente: Elaboración propia, 2018.

En la tabla anterior se visualiza que el profesional de enfermería en las visitas que realiza en 10 de ellas “siempre” hace cambios de posición a la población que se encuentra encamada y tan sólo en 1 ocasión no se aplica medicamento.

Tabla N°11.

Distribución de las visitas realizadas según la disposición del enfermero para intentar reducir el umbral del dolor con alternativas como escucha activa, proporcionar un ambiente agradable u otras, 2018.

Umbral doloroso	Se expresa de forma agradable	%	Ofrecer alternativas	%	Ambiente agradable	%
Siempre	15	100%			8	53%
Casi siempre			5	33%	7	47%

A veces			2	14%		
Casi nunca			3	20%		
Nunca			5	33%		
TOTAL	15	100%	15	100%	15	100%

Fuente: Elaboración propia, 2018.

El profesional de enfermería en las 15 visitas que realiza se observa que “siempre” se expresa de forma agradable con los pacientes, mientras que en solo 2 ocasiones “a veces” comenta el uso de la medicina alternativa para aliviar el dolor.

**CAPÍTULO V. DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS
RESULTADOS**

Prado, González, Paz¹⁹ mencionan que la enfermería desde sus inicios se ha considerado como un producto social vinculado al arte de cuidar, por lo que responde a la necesidad de ayudar a las personas, cuando estas no tienen capacidad suficiente para proporcionarse a sí misma o que dependen de la calidad y cantidad de cuidados proporcionados por el profesional de enfermería para mantener la vida, identificando para ello los problemas relacionados al binomio salud-enfermedad y las necesidades reales o potenciales de la persona, familia y comunidad.

Dorothea Orem en su teorizante, menciona que la enfermería le permite al individuo participar en su planificación e implementación de su atención de salud, buscando que la persona asuma el autocuidado con la responsabilidad que tiene cada individuo para el fomento, conservación y cuidado de la salud.

Por tanto, el profesional de enfermería debe considerar al paciente un individuo activo en su proceso de salud-enfermedad, a la hora de establecer las acciones y planes en el manejo y cuidado de los usuarios, cualquiera que fuese su área de acción. En esta investigación se valora el tipo de intervención que realiza el enfermero en las personas con dolor, la calidad de atención brindada durante la visita y si fue empática con el paciente y su familia.

En la tabla N°9, se puede observar que la mayoría de los usuarios que califican como excelente la atención brindada por el personal de salud, también aportan que el enfermero (a) “siempre” mantiene una actitud empática cuando realiza la visita domiciliar, mientras que solo 1 persona que califica la atención como regular indica que nunca observo una actitud empática por parte del profesional.

Los usuarios que califican la visita como “muy buena” indican que siempre el enfermero (a) fue empático (20 de los encuestados) y 18 personas refieren que “casi siempre” el profesional se comportó empático, ya que en el momento de la visita ayuda a atender las necesidades y dudas que presenta la familia o el paciente, mientras que de las 19 personas que refieren una atención “buena” 9 mencionan que el personal de salud “siempre” es atento y brinda un buen servicio.

La literatura menciona que la empatía es un atributo que le da el enfermero la habilidad de poder comprender verdaderamente a la otra persona, es la capacidad de poder entender las preocupaciones, experiencias y perspectiva de un paciente, así como la capacidad de poder comunicarlo a los demás. Por tanto, este atributo, en una relación terapéutica, permite disminuir la ansiedad que rodea el dolor en sí y las preocupaciones alrededor del mismo, mejorando a su vez, la sensación de incertidumbre y el estado emocional que se ve disminuido por la enfermedad.⁵⁶

Triana⁵⁶menciona que la empatía aparte de ser la llave que abre la puerta de la comunicación terapéutica crea un ambiente seguro y ayuda a que el paciente confíe en el profesional de enfermería; comparta su realidad, aumente su autoestima y se sienta más comprendido y aceptado. Para el profesional supone una probabilidad para reforzar su identidad y su satisfacción, comprender mejor al paciente, centrarse en él y reducir las tensiones que pudieran surgir durante la visita y el abordaje.

La población encuestada está compuesta por un total de 100 personas, 82% de las cuales afirman “tener hijos” siendo en su mayoría el grupo etario de 45 años en adelante mientras que un 18% no tiene hijos.

De las personas encuestadas según la figura N°2, la mayoría, representado con un 40%, poseen como último estudio realizado la primaria incompleta siendo el grupo de 65 años en adelante el que más representación tiene, esto se debe al abandono escolar producto de dedicarse a trabajar y ayudar con el sostenimiento del hogar, mientras que un 7% de la población cuenta con un grado académico de licenciatura y tan solo 1 persona pudo optar por un doctorado.

La literatura consultada no hay estudios o investigaciones que demuestren la relación del grado académico de una persona con la presencia de dolor, o mejor manejo de la terapia, sin embargo, es bien sabido, que ha mejor conocimiento y entendimiento de la enfermedad mejor es la adherencia al tratamiento y adopción de medidas de vida saludable para mejorar los trastornos de la salud, en este caso el dolor.

Con respecto a las características demográficas, en la tabla N°1 se relaciona el ingreso salarial con la cantidad de personas que dependen económicamente de este ingreso, de los 100 usuarios hay 56 personas que viven y dependen del ingreso familiar, siendo mayormente el grupo que depende del ingreso de 250 mil a 350 mil por mes, con un total de 13 personas entre amas de casa y menores de edad que se encuentran estudiando.

Las mujeres que participan en la investigación, en la pregunta sobre la profesión o el oficio al que se dedican, 19 de ellas indican que su labor es ser ama de casa y encargarse de todos los quehaceres del hogar y atender a los hijos y a su esposo, un 8% se dedican a trabajar como empleadas domésticas teniendo hasta 3 trabajos para poder sustentar los gastos del hogar, mientras que un 34% de las personas se dedican a otras profesiones

que no se detallan pero corresponden a estilistas, contador, abogados, mujeres costureras, mecánicos, cajeros en bancos u otros establecimientos, estas no fueron especificadas en el gráfico ya que contaban con una cantidad muy pequeña de la población por lo tanto se usó en el apartado como “otras” para referirse a las mismas.

Con respecto a la relación que existe entre el tipo de trabajo y la aparición así como el grado del dolor, según el trabajo que realiza la persona así puede tener influencia a que se experimente el dolor, si el usuario en su pasado se dedicó a labores de mecánica por su esfuerzo físico y el levantar objetos pesados en el futuro puede desarrollar herniaciones o complicaciones lumbares, es claro que entre mayor actividad y esfuerzo físico y poco conocimiento de mecánica corporal mayor es la probabilidad de desarrollar lesiones musculares y articulares que ocasionan dolor.

The National Institute for Occupational Safety and Health,⁶¹ expone que una mayor frecuencia de exposición a factores de riesgo ergonómicos como la postura de columna forzada, la manipulación de carga frecuente y trabajar de pie, son riesgos potenciadores a padecer de dolores por parte de los trabajadores, ejemplo de ellos los trabajos anteriormente mencionados.

Fernández⁶⁰ menciona que los estilos de vida que lleve una persona pueden influir en el dolor que está sintiendo y con su estado de ánimo, indica además que llevar una dieta de forma equilibrada es sumamente importante, muchas veces el dolor puede venir de una dieta deficiente donde exista una carencia de hierro, vitaminas, entre otros; un adecuado aporte de fibra y proteínas, son necesarias para un buen funcionamiento del organismo y fortalecimiento de este. Este autor menciona que en caso de que el dolor no sea tan

intenso y no exista impedimento físico, es bueno realizar actividad física, con ejercicios que no sean tan pesados para la persona, además que ayuda a mantenerse sano y disminuir el estrés y enfermedades cardiovasculares.

En la Figura N°5 se pregunta a la población encuestada si realizan o no actividad física, teniendo como resultado que de un total de 100 personas solamente 38 de ellas sí realizan algún tipo de actividad física, siendo 22 mujeres y 16 hombres; entre las actividades que indican tener se encontraba, caminar, natación y zumba.

Fernández⁶⁰ en su estudio también menciona que dormir lo necesario es fundamental para mantener un buen funcionamiento del cuerpo al día siguiente, además ayuda a mantener un nivel alto de energía; el sueño se puede ver interrumpido cuando hay presencia de dolor muy intenso para esto será necesario el uso de fármacos que ayuden a conciliar el sueño y adoptar posturas correctas.

La población encuestada que refiere padecer de insomnio se presenta en un 54% de las personas, donde 37 indican que duermen de 3-4 horas por las noches y esto se debe a que cuando hay presencia de dolor se les dificulta conciliar el sueño y 17 personas menciona que pueden descansar de 5- 6 horas.

En la tabla N° 2 se relaciona el insomnio con el grado de dolor que tiene la persona, se toman solamente los grados 8-9-10 ya que son lo más representativos y es donde se da la mayor cantidad de insomnio en las persona.

En la población que presenta un grado de dolor 8 según la escala de EVA, hay 6 personas que sí padecen de insomnio, las que mencionaron un grado de dolor de 9, 10

refieren sí tener este padecimiento, de las 8 personas encuestadas con un grado de dolor 10, se refleja que 6 personas tienen dificultad para conciliar el sueño, esto se debe a que es un dolor tan intenso que se les hace casi imposible poder dormir por lo cual pasan desveladas toda la noche.

Oliviera et al.,⁶² mencionan que la intensidad del dolor y las alteraciones del sueño están directamente relacionadas, mientras que la efectividad del sueño está inversamente relacionada con la intensidad del dolor. Una mayor intensidad del dolor se asocia a una mayor prevalencia de trastornos del sueño, y estos últimos a su vez conllevan un incremento en la intensidad de percepción del dolor, dando lugar a un círculo vicioso difícil de romper.

Oliviera et al.,⁶² describen que se estima que entre un 50-70% de los pacientes con dolor crónico de moderado a intenso sufren trastornos del sueño que se manifiestan como dificultad para quedarse dormido, despertares nocturnos por dolor y sueño no reparador. Por ello es importante valorar la calidad del sueño del paciente con dolor crónico como un indicador importante de calidad de vida, con la finalidad de optimizar el tratamiento de estos pacientes.

La persona puede ver afectación de la salud según los estilos de vida que lleva, la presencia de dolor, la intensidad del mismo y el momento en que aparece, pueden afectar las actividades que realiza el individuo en la vida cotidiana e impedir que siga su vida con normalidad, es por ello que el dolor se ha convertido en un problema de salud pública ya que aumentan los días de ausencia e incapacidad laboral y disminuye la productividad, sin desmerecer las secuelas a nivel social y familiar.

La presencia de dolor en la mañana puede provocar una afectación en las labores diarias o afectar la calidad y efectividad del trabajo, de 37 personas encuestadas según la Tabla N°5, hay 13 personas con dificultad para realizar labores de limpieza, mientras que solamente 1 persona se le complica el dormir. Por otro lado, sí el dolor se presenta durante el transcurso del día es cuando se presenta mayor afectación para realizar las actividades cotidianas, siendo así para un 24%, de la población con dificultad para caminar, por la noche el mayor inconveniente es dormir.

La Organización Mundial de la Salud²⁰ define el dolor como una experiencia sensorial o emocional desagradable, asociado al daño tisular real o potencial. Menciona que se debe tomar aspectos psicológicos que le permitan a la persona expresar sus vivencias asociadas al mismo, esto porque la persona puede llegar a sentir angustia, frustración, depresión, ira o incluso malestar volviéndose una experiencia inexplicable.

Deal²³ describe el sufrimiento como un estado de grave malestar asociado a eventos que amenazan la integridad de la persona, es una fase de angustia provocada por la amenaza de la pérdida de la seguridad. Se considera como una respuesta negativa inducida por el dolor, pero también por el miedo, la ansiedad, angustia, estrés, pérdida de seres queridos y otro estado psicológico.

El dolor tisular se encuentra acompañado por el dolor emocional ocasionando un estrés a nivel psíquico y físico, causando con ello, depresión tanto endógena como exógena, siendo la primera la asociada a la liberación de citoquinas y la segunda a las pérdidas de funcionalidad, capacidad e interacción social que ocasiona el dolor, el presente trabajo se enfocó en esta última para consultar sobre los síntomas asociados. Es la depresión el

cuadro emocional más frecuente en individuos con dolor crónico, existiendo evidencias de que se relaciona con la intensidad del dolor. ⁶³

La población encuestada, aquellas con sentimiento de anhedonia, o pérdida de interés en realizar actividades de la vida diaria y con un grado de dolor 8 según la tabla N°3 son el 58% de la población, mencionan que durante más de la mitad de los días tiene ese sentimiento de poco interés por realizar las actividades. Las personas con grado de dolor 9, el 94% refiere sentirse así “casi todos los días”, mientras los usuarios con grado 10 hay un 50% que refieren que casi todos los días ya que su dolor es muy fuerte y eso impiden que sientan ánimos de hacer cosas.

Dorothea Orem describe el concepto de persona como ser humano, como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente. ¹⁹

Por tanto, esa capacidad que Orem plantea de reflexionar sobre las propias experiencias del individuo es lo que se transfiere en la actitud y aptitud que toma el individuo que padece de dolor y su medio, mostrándose por medio de los símbolos y conductas como una persona carente de motivación y de deseo en realizar aquellas actividades del diario vivir y que sin duda alguna involucran el autocuidado.

El sentimiento de dolor también conlleva a que exista una afectación física en las personas, pueden surgir cambios de humor, aparecer sudoración, pérdida de apetito, entre otras. Para explicarlo mejor en la figura N°7 se puede observar que la mayor

afectación física es la aparición de sudor con un 48% de la población, seguido del insomnio con un 47% cómo se mencionaba anteriormente la población con un grado de dolor más elevado son los que tienden a sufrir de este padecimiento y el 16% experimenta disnea o dificultad para respirar, sobre todo si el dolor es muy intenso y continuo.

La población encuestada se distribuye según la duración del dolor y los cambios que esté tiene en el transcurso del tiempo, se puede evidenciar que de 16 personas con un dolor de duración en minutos, hay 5 de ellos que perciben un dolor momentáneo, 1 persona tiene un dolor de tipo rítmico. Cuando el dolor se presenta por horas al menos 20 personas de las encuestadas indican que el dolor es de forma continua, 3 refieren un dolor rítmico, 1 persona de forma transitoria y si el dolor dura 9 días experimentan un dolor constante, 1 persona de las 20 refiere sentir un dolor rítmico y transitorio.

Muriel y Llorca²¹ mencionan que el dolor es un fenómeno sensorial perceptual, multidimensional y complejo, es decir, es una experiencia que es única para cada individuo, por lo tanto, no todas las personas lo sienten de la misma manera, por lo que para algunos puede significar una experiencia desagradable para otros una experiencia purificante.

El dolor se presenta de forma diferente para cada individuo con características únicas para cada uno, en figura N°10 se observa que la mayor cantidad de la población experimenta un dolor de tipo punzante, seguido de entumecimiento en las zonas anatómicas con presencia de dolor, mientras que tan sólo un 4% indica que el dolor es

apretante, por lo que se considera que este tipo de personas son las que pueden sufrir de disneas constantemente.

Lo anterior se relaciona con los estilos de vida de las personas ya que si se presenta un dolor como entumecimiento la persona de alguna forma se ve limitada a realizar alguna actividad ya sea caminar, comer o bañarse. De alguna manera las características que experimenta el dolor siempre van a afectar las actividades cotidianas.

Astudillo⁵¹ menciona que una terapia analgésica efectiva requiere de un estudio del paciente tomando en cuenta el medio social, intensidad del dolor, funciones orgánicas y expectativas de vida. Además hay que hacer un análisis si el paciente padece de alguna enfermedad antes de prescribir un medicamento, es importante que la familia esté informada y participe en el momento de administrar el tratamiento.

El profesional de enfermería debe conocer los mecanismos de acción y la analgesia y sedación, estas últimas deben asegurarse según el aumento reducción del medicamento, así como la interrupción diaria de la infusión del sedante y del opioide para evitar una acumulación del fármaco y metabolitos que retrasan la recuperación.⁵¹

El profesional de enfermería debe conocer qué tan efectivo está siendo el medicamento que se le administra a la población con dolor, por lo cual se pregunta a los usuarios que califiquen según su criterio después de 24 horas de administrado el analgésico qué tan efectivo puede ser, la mayoría de la población indica que el medicamento sí es efectivo y logra aliviar el dolor que perciben, mientras que la minoría de la población menciona que reciben un 50% de efectividad.

Con respecto a los medicamentos más utilizados por la población encuestada según la figura N°8, hay 59 personas que su medicamento de consumo habitual es la ibuprofeno ya que es la más fácil de conseguir y en los centros de salud es la más recetada para aliviar el dolor, seguido del paracetamol con un total de 54 personas. Se debe considerar que en la “Escalera Terapéutica del dolor de la OMS tanto el paracetamol como el ibuprofeno, están en los primeros escalones, mientras que 25 personas se les administra tramal como medicamento de mayor efectividad, a las personas con un grado de dolor 9 y 10 por lo general se les aplica morfina.

La población encuestada refiere que hay medicamentos que deben conseguir para ayudar a disminuir el umbral del dolor ya que les resulta beneficioso, entre los mencionados se pueden destacar el uso de la Doloneurobión ya que según indican los pacientes les resulta de fácil acceso porque la compran en cualquier farmacia, además de ser económica y efectiva, como una segunda opción, la Migradoxina, algunos pacientes se les aplica vitamina B-12, a otros la Caja Costarricense de Seguro Social les suministra el uso de la gabapentina, solo que va depender del grado y la localización, ya que antes de prescribir este fármaco al paciente se le realiza un estudio para saber si realmente lo necesita, porque es una compra directa por parte de esta institución, es decir, se sale de lo presupuestado con lo que respecta a medicación.

En la investigación se establece una relación entre el sentimiento que tiene la persona de “poca valía” y el fármaco que utiliza, con el fin de considerar la “sobre medicación”, en la tabla N°4 se reflejan los resultados de este cotejo, hay 48 personas que experimentan este sentimiento “algunos días a la semana” de las cuales 14 consumen ibuprofeno mientras que 2 se administran morfina.

A 11 personas que se les aplica tramadol refirieron sentirse así “durante más de la mitad de la semana”, mientras que a 8 morfina. De las 10 personas que refieren sentirse mal “durante casi todos los días”, se presentan 2 que consumen ibuprofeno y 2 que requieren de morfina, a 3 se les aplica tramal. Es decir, cuanto mayor son los días en que el usuario refiere sentirse con “poca valía” mayor es el consumo de medicamentos opioides débiles y fuertes, como el tramadol y la morfina respectivamente, y de forma inversa, cuando son pocos los días a la semana de esta sensación el usuario maneja el dolor con medicamentos AINES, como el ibuprofeno, es decir, a mayor uso de analgesia mayor es el grado de dolor percibido, por tanto mayor es la limitación en realizar las tareas diarias, disminuyendo o limitando la intención, motivación y/o el placer de realizar las mismas, a su vez hay una disminución de un buen patrón de sueño, dando como resultado individuos con estados o periodos de depresión, que lo manifiestan con sentimientos de poca valía.

Los medicamentos de mayor elección por la población investigada son los Aines y estos a su vez son la primera elección en dolor nociceptivo, especialmente cuando existe un proceso inflamatorio. La mayoría de ellos son inhibidores no selectivos de la ciclooxigenasa, por lo que sus principales reacciones adversas se presentan a nivel de la mucosa gástrica. La primera causa de elección de los Aines se debe a que están relacionados con su seguridad, la farmacocinética, la administración y por la escalera terapéutica para el dolor que se utiliza a nivel de formación universitaria y de los servicios de salud.⁵²

Flores ⁵² señala que los de acción más rápida son preferiblemente, para dolores del músculo esquelético de tipo agudo, y los de vida media larga para dolores crónicos. Los

fármacos aines más utilizados para tratar el dolor, se pueden destacar el paracetamol, ibuprofeno, la aspirina, naproxeno, metamizol, entre otros.

El grado de dolor percibido por la persona y la relación con el fármaco que utiliza, se evidencia que en usuarios con grado de dolor 8 según escala de EVA el medicamento más usado sigue siendo el ibuprofeno con un total de 11 personas, seguido del tramal con 7 personas. Si hay un grado de dolor 9, hay 9 personas que se administran tramal, hay 7 personas que siguen consumiendo paracetamol para disminuir el dolor cuando quizás alguno de los prescritos no ha sido tan efectivo, 6 prefieren otro analgésico como doloneurobión, enantium, cataflan, entre otros.

Los usuarios con un grado de dolor 10 hay 3 que requieren de la morfina por su efecto rápido y placentero, además que alivia muy bien los dolores de este grado de intensidad, 4 personas prefieren el uso del tramal, seguido de 2 que consumen otro medicamento como alternativa, 1 persona usa codeína, prednisona y amitriptilina respectivamente.

La localización del dolor es importante para determinar el área anatómica que presenta una afectación, según la figura N°6 se puede observar que de las 100 personas encuestadas en su mayoría indican varias opciones como puntos de dolor, como primera opción y el más predominante es el dolor de espalda y se asocia a personas con trabajos forzosos o que presentan herniaciones; y población adulta mayor; siendo los tobillos el dolor con menos representación por la población afectada.

Prado et al.,¹⁹ menciona que los enfermeros actúan cuando el individuo, por cualquier razón, no puede auto cuidarse, Orem en su teorizante propone los siguientes métodos

de asistencia de enfermería, basándose para ello en la relación de ayuda y suplencia los enfermeros hacia el paciente, y son:

1. Actuar en lugar de la persona, por ejemplo, en el caso del enfermo inconsciente.
2. Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
3. Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
4. Promover un entorno favorable al desarrollo personal, por ejemplo, las medidas de higiene en las escuelas.
5. Enseñar a la persona que se ayuda, por ejemplo, la educación a un paciente portador de una cardiopatía congénita en cuanto a la higiene y actividades que debe realizar.

En la tabla N°8 se evalúa la intervención que realiza el profesional de enfermería al paciente con un grado de dolor 8,9,10 durante la visita, sólo se toman estos grados de dolor ya que es donde más se pueden reflejar las intervenciones por parte del personal de enfermería. Según los resultados a las personas encuestadas se obtiene que de la población con un grado de dolor 8, a 8 el enfermero (a) le administra el analgésico prescrito por el médico, a 5 personas se les realiza cambios de posición al igual que se hacen curaciones ya que hay pacientes encamados los cuales presentan ulceraciones.

La población con un grado de dolor 9, a 15 personas se les administra medicamento, a 13 se les realizan cambios de posición, otras 7 personas indican que el enfermero (a) siempre estuvo con escucha activa mientras ellos exponían su dolor y a solo 2 el profesional le recomendó el uso de medicina alternativa. A 8 personas de la población con grado de dolor 10 el personal de salud le aplicó el analgésico correspondiente, a 6

personas se les realizó cambios de posición, mientras que 4 personas reciben curación durante la visita, ya que son personas con ulceraciones en talones, sacros y otras regiones anatómicas, sólo a 3 personas se le recomendó el uso de otra alternativa para el dolor por parte del profesional de enfermería.

La disminución del dolor como se menciona en el marco teórico, no radica en la sola administración del medicamento, sino en la mejora de aquellos factores que pueda ocasionar incomodidad, por lo que el papel del enfermero en el cuidado tanto físico como emocional, maximiza la eficacia de la analgesia brindada, disminuye la ansiedad y otros síntomas afectivos por medio de la escucha activa, y potencia el confort por medio del cambio de posición, acercamiento personal que da la palpación de la zona anatómica y curaciones, según fuera el caso.

Como se menciona anteriormente, la empatía durante las visitas del profesional de enfermería, permitió disminuir la ansiedad y mejorar la sensación de bienestar al sentirse escuchado y validado el usuario, siempre dentro del marco de la comunicación terapéutica.

El profesional de enfermería debe ayudar a reducir los factores que disminuyen el umbral doloroso, como es la ansiedad, el insomnio, el miedo, la tristeza, el cansancio, depresión, etc., para ello se requiere de empatía y acercamiento emocional, esto es lo que plantea Orem con el apoyo psicológico que se debe brindar.

Las intervenciones realizadas por el personal de salud, entre las que se califica si este palpó o localizó el área anatómica con dolor se evidencia en la figura N°11 que en su

mayoría esta población refiere que “nunca” el enfermero realiza esta acción, mientras que 26 personas refieren que el enfermero “a veces” toca el área afectada, 20 refieren que el enfermero “siempre” palpa el lugar anatómico del dolor, hay 17 que indican que “casi siempre” lo realiza y tan solo 1 persona refiere que esa acción no se hace por parte del profesional.

La intervención que realiza un enfermero (a) a un paciente con dolor es esencial ya que puede ayudar a mejorar la calidad de vida y con respecto a la acción de tocar, permite establecer lazos de confianza, de compasión, que son elementos esenciales para brindar un cuidado integral. Esta acción permite que el usuario se sienta comprendido y escuchado, además de validado en su condición.

Muñoz et al.,⁵⁸ analiza que la enfermera puede intervenir de forma que ayude al paciente en el control del dolor, a situarlo, identificarlo, localizarlo para poder brindar un tratamiento adecuado. Además de brindar educación sobre la importancia de un estilo de vida saludable donde se implementen ejercicios que no aumenten el dolor, una buena alimentación y dormir las horas adecuadas.

El profesional de enfermería realiza visitas domiciliarias a la población con dolor, para poder evaluar las intervenciones realizadas, se establece un formulario el cual se valida previamente para apreciar la atención que se le brinda a los usuarios. Se realizan 15 visitas en compañía del enfermero (a) a cargo, se evalúa si durante la visita se le pregunta al paciente por las características del dolor, 4 de los enfermeros (as) “siempre” se preocupan por saber cómo el paciente percibe el dolor, mientras que 3 “casi siempre” se muestran atentos por las características que presenta el dolor.

La figura N°13 se evalúa al enfermero (a) si durante la visita realizada al paciente, este palpa o localiza el área anatómica que la persona refiere con dolor, de las 15 visitas hay 4 en las que se puede observar que el personal de salud “siempre” localiza o palpa el área con dolor, mientras que en otras 3 visitas “casi siempre”, seguido por 3 visitas en las que “a veces” se puede observar que se realice esta acción, y tan solo en 2 se logra ver que el enfermero “nunca” palpa la zona referida con dolor.

Las enfermeras tienen un papel importante en la detención del dolor, un informe sobre un ensayo controlado aleatorio describió que la detección del dolor es fundamental para un manejo eficaz del mismo. Y aunque es claro que otros profesionales de la salud están involucrados en la valoración y manejo del dolor, las enfermeras son las que están en mayor contacto con las personas que sufren este padecimiento.

Silva⁵⁸ menciona que la utilización de un método adecuado para valorar el dolor, si se presentan cambio o alguna alteración, como por ejemplo, escalas u hojas de registro; esto con el fin de poder llevar un registro que ayude a medir si el dolor sigue igual o ha mejorado después de la aplicación de un fármaco, puede servir como herramienta en el cuidado que brinda el enfermero.

El personal de salud que realiza visitas domiciliarias debe permitir al usuario que este evalúe según la escala de EVA, o del 1 al 10 la intensidad del dolor percibida en ese momento, según las 15 visitas realizadas a estos pacientes con dolor, se puede obtener que en 4 “siempre” el personal le pide al paciente que califique la intensidad del dolor, en 3 visitas evaluadas “casi nunca” el enfermero pide al paciente referirse del dolor, en

3 visitas “nunca” el profesional le solicita al paciente calificación para el dolor y en 2 ocasiones “a veces”.

Donabedian⁵⁵ menciona que la escucha activa, la empatía, son la base de la atención sanitaria, donde se sitúan el proceso de salud y enfermedad, donde se da la interacción del enfermero con el paciente y la familia, es un método donde se exponen sus sentimientos y por lo tanto son validados. Una escucha activa por parte del profesional de enfermería ubica al usuario en un papel activo, en el proceso salud-enfermedad, al escuchar el profesional las necesidades y sentimientos del usuario, se permite reunir la información pertinente para establecer cuidados individuales, acciones precisas y adecuadas para la realidad y capacidad del usuario, su familia y el entorno.

En la figura N°15, se evalúa al personal de salud si durante la visita realizada hacen juicio sobre el dolor percibido por el paciente con frases “poco empáticas” como él decirle “ya no puedo hacer nada por usted”, “ya debería habersele quitado el dolor”, “si estuviese ocupado en otra cosa no sentiría dolor”, etc., se puede observar que en su totalidad del 100% “nunca” el personal utiliza frases menospreciando el nivel de dolor de la persona, los usuarios afirman que siempre los enfermos (a) son muy amables y empáticos y siempre apoyando a la persona con frases motivadoras.

El profesional en salud debe cuidar las frases que utiliza, no solo por el aspecto ético sino por la empatía y la valía que se le brinda al usuario, la cual promueve y potencia un cuidado más eficiente.

El enfermero siempre fue muy acertivo con el uso de frases que ayudan a hacer que el paciente se sienta mejor y comprendido por su dolor, los enfermeros no se expresan

poco empáticos o poco solidarios, más bien buscan en todo momento la manera de ayudar e ir más allá de la mera administración de la medicación. A eso se debe que la mayoría de las personas encuestadas evaluaran de excelente la atención brindada por el profesional de enfermería.

La educación sobre los efectos adversos de los medicamentos, siempre es importante que el enfermero a cargo pueda explicarle al paciente o a los familiares cuáles pueden ser las consecuencias a corto y largo plazo. En la figura N°17 se puede ver que en la evaluación al enfermero (a) en cuanto si brinda educación o no, se reflejan datos como que en 4 de las visitas del profesional, este “siempre” brindó la educación al paciente y la familia, por otro lado, tan sólo en 2 de las visitas el profesional no educa al paciente y 1 persona refiere que “a veces” lo hizo.

La enfermería utiliza la educación en la salud como herramienta para brindar información sanitaria a los individuos y grupos de personas. Con la psicoeducación se pretende buscar un cuidado integral de forma eficaz y es sabido que un usuario informado es una persona que evoluciona mejor de su padecimiento, tiene mejor adherencia a la medicación y se convierte en un protagonista de su proceso salud-enfermedad.

Herrera et al.,⁵⁷ menciona que la educación es una aproximación terapéutica en la cual se proporciona a los familiares del paciente información sobre la enfermedad, es un proceso donde se facilita, se detalla y se resume información importante para responder preguntas o dudas que tengan los familiares sobre el cuidado y la evolución de la enfermedad.

En la tabla N°10 se realiza una comparación de las visitas realizadas por el profesional de enfermería según la respuesta de esta visita con respecto a la disminución de los estímulos dolorosos y las intervenciones realizadas. Se observa que de las 15 visitas realizadas por el personal, 10 de ellas se puede reflejar que “siempre” realiza cambios de posición a las personas que se encuentran encamadas, mientras que en 8 ocasiones “siempre” se administró analgésico a las personas con dolor con el fin de ayudarle a disminuir el umbral del dolor, y tan solo en 1 ocasión no se aplicó tratamiento ya que el paciente no lo requería.

Aramburu²⁶ refiere que las creencias y expectativas tienen la capacidad de modificar el umbral del dolor, afectar su expresión y su adaptación, todos los factores que influyen deben de ser reconocidos y aceptados para un mejor control del dolor. Aquí se toman en cuenta factores ambientales, psicológicos, físicos y sociales de la enfermedad, los cuales pueden llegar a disminuir cuando al enfermo se le da una adecuada explicación del proceso doloroso.

El enfermero (a) debe tener disposición de ayudar a disminuir en el umbral del dolor, usando alternativas como escucha activa, propiciando un ambiente agradable, resolviendo situaciones que generen incomodidad, entre otras.

En la Tabla N°11 un 100% de las visitas realizadas reflejan que los enfermeros siempre se expresan de forma agradable al paciente, en 5 de las visitas “casi siempre” se les ofrece una alternativa para ayudar al dolor, en 2 “a veces” se les ofrecía y del total de las 15 visitas observadas, en 8 de ellas, el profesional de enfermería “siempre” mantuvo un ambiente agradable.

Camargo et al.,¹⁴ mencionan que en las intervenciones se destaca el ayudar a fomentar la comodidad física, que el paciente se encuentre en un ambiente cómodo, agradable y que cuente con todo lo necesario de acuerdo a sus necesidades, esto ayudara que la persona se sienta atendida. Se puede educar para el autocuidado del paciente, explicando a los familiares o encargados los cuidados que requiere.

El profesional de enfermería debe buscar herramientas de tipo no farmacológicas que ayuden a que el paciente se encuentre ocupado y le puedan servir para disminuir el dolor, terapias que pueden ser desde la casa en el momento de la visita o en grupo en la comunidad, puede implementar el uso de actividades lúdicas en el manejo y control del dolor y aquellos síntomas oportunistas.

La intervención que brinde el enfermero debe relacionarse según el estilo de vida que lleve una persona, por ejemplo si un paciente no tiene ayuda de un cuidador o un familiar si va a necesitar bastante que en la visita el enfermero lo eduque o le enseñe las técnicas que el mismo puede realizar por si solo, mientras que si tenemos un paciente encamado las intervenciones van a cambiar ya que el requiere cambios de posición, hidratación de la piel, curaciones de úlceras más atenciones que una persona que tiene su movilidad.

Por lo que entonces se puede decir que si ha una relación estrecha entre ambas, ya que si topamos con una persona con un estilo de vida muy favorable y con condiciones aptas, se va aprestar mucho a que el enfermero pueda desarrollar mejores técnicas brindar mejores alternativas para que la persona pueda realizar.

El manejo del dolor en pacientes debe ser una de las intervenciones con prioridad a tratar por parte de un profesional de enfermería, ya que lo que se busca es poder disminuir el dolor para así mejorar la calidad de vida de una persona y seguido poder brindarle otras técnicas que puede utilizar, pero siempre cuando el dolor este controlado ya que si no tenemos pacientes desmotivados, distraídos con riesgos a caer en depresiones o ansiedad.

Con respecto al estilo de vida y el manejo del dolor, se evidencio que la falta de actividad fisica continua, el hacer deporte de forma constante, el dormir menos de las horas necesarias, entre otras variables, influyen negativamente en el manejo del dolor, siendo el dolor un factor desencadenante en el adecuado desenvolvimiento de actividades de vida diaria, ya sea laboral o en el hogar, se disminuye la sensacion de valia y de estima, evidenciandose en sentimientos de anhedonia e hipobulia. Por tanto, el estilo de vida y manejo del dolor ambos relacionados, siempre se le debe dar énfasis a manejar el dolor desde la vision terapeutica del profesional de enfermería; dentro de las intervenciones es necesario poder brindar mejor calidad de vida al paciente enfermo, por lo que el estilo de vida que lleve una persona pasaria a segundo plano siempre cuando se cumpla con el objetivo principal que será disminuir el dolor de la persona en el instante de la visita.

**CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES**

6.1 CONCLUSIONES

Las intervenciones realizadas por el profesional del enfermería que más se utilizaron para ayudar al paciente, fue la aplicación de medicamento para disminuir el dolor, así como el cambio de posiciones, curación de úlceras y las técnicas no farmacológicas como aromaterapia, escuchar música, realización de ejercicios sin que aumente el dolor del paciente, realizar manualidades o masajes de relajación, estas últimas fueron sin duda de gran ayuda ya que la población refiere que invierte el tiempo en otras actividades dejando de lado la preocupación por el dolor.

Desde una visión más holística, la comunicación terapéutica y la escucha activa fueron factores claves y maximizantes en la disminución y manejo del dolor, no solo permitieron validar emociones sino permitió la transmisión de practicas de estilos de vida sana, al usuario y su familia.

Las características demográficas de la población de estudio, se basó en identificar las condiciones de vida de las personas enfermas, se agruparon mayormente en hombres o mujeres y los rangos de edad según la población estudiada, la encuesta y las visitas reflejan que los usuarios corresponden mayormente a una población femenina y muchos de ellos no presentan condiciones de vida favorables, por lo que se agrupan en los rangos de edad de los 55 a los 70 años, generalmente en la población que se desempeña en labores de limpieza como amas de casa o trabajos forzados.

Los estilos de vida de la población en estudio, sin duda la mayor afectación se observa con la presencia de insomnio durante la noche, los pacientes afirman que se debe a la

intensidad del dolor el cual les impide conciliar el sueño, siendo mayormente en la población con un grado de dolor 10.

La población con mayores grados de dolor son los que más cambios experimentan tanto físicos como emocionales, además de ser la población más susceptible para desencadenar una posible depresión, ansiedad o trastornos que lleguen a afectar tanto la salud del usuario que pueden perder el valor de vivir, por lo cual el apoyo de la familia debe ser importante.

No cabe duda que en el dolor entran en juego muchas variables, tanto físicas como psicológicas, sociales y espirituales, los cuales se interrelacionan y muchas veces son difíciles de distinguir y manejar, ya que muchas veces entran en un círculo vicioso y se vuelven recíprocos por los cuales las personas experimentan cambios en su estado de ánimo y pueden caer en depresiones y ansiedad. El dolor debe ser considerado como uno de los síntomas más urgentes en los pacientes que padecen de una determinada enfermedad.

En las visitas realizadas por el profesional de enfermería, la intervención empática se mostró más con pacientes que padecen de un mayor grado de dolor, ya que fueron los pacientes que más quejas tenían sobre la intensidad, por lo cual es fundamental siempre ponerse del lado del paciente y ser comprensivo ya que se deben entender los comportamientos del usuario.

El personal de enfermería recomienda el uso de terapias alternativas no farmacológicas a la población que no realiza ningún tipo de ejercicio y que además su movilidad física

se lo permita, terapias más sedentarias como escuchar música, leer, escribir, dibujar, entre otras, a pacientes encamados.

La investigación demuestra que en el 100% de las visitas realizadas el enfermero (a) nunca juzga la intensidad del dolor con frases alusivas o despreciativas, al contrario siempre se muestra muy amable, atento y dispuesto a ayudar con escucha activa las necesidades del usuario y brindar una atención de calidad e individualizada para cada paciente.

La ciencia no siempre es capaz de calmar o aliviar el dolor por sí sola, por lo que la intervención del enfermo juega un papel muy importante ya que debe ofrecer cuidados basados en la comunicación y escucha activa, con criterios éticos y humanitarios, cuidados que muchas veces se consideran inviables. Por lo cual se debe contar con herramientas como los planes estandarizados que se pueden adaptar a las necesidades de cada paciente, siempre recordando que cada paciente es único y la atención debe ser individualizada para cada uno.

Principios como empatía, escucha activa, proporcionar un ambiente agradable, el uso de otras alternativas más allá de los fármacos, sin duda son los que hacen que la intervención del profesional de enfermería en pacientes con dolor sea vital ya que logran crear un acercamiento de paciente y enfermero haciendo que el usuario se sienta cómodo y refiera que la intervención brindada fue de calidad, sin dejar de lado que el mayor aporte es ayudar a disminuir el dolor.

Los estilos de vida que mas se relaciona con el dolor, sin duda se puede mencionar que es las personas que padecen de insomnio ya que son las personas que presentan maores grados de dolor entre 8,9,10.

6.2 RECOMENDACIONES

A la familia

Mantener adecuados hábitos en cuanto a posturas en los momentos de comer, dormir o realizar alguna actividad ya que si no se toman precauciones puede verse afectado y lo cual ayudaría a que haya un aumento en el umbral del dolor.

Hidratar constante la piel, si se trata de un paciente encamado.

Realizar cambios de posición con el fin de evitar ulceraciones o complicaciones.

Brindar apoyo en cuanto a la realización de actividades diarias de la persona, si a esta se le dificulta.

Al paciente

En caso de una automedicación es importante recordar que se debe administrar el medicamento tomando en cuenta la dosis adecuada, la vía de administración que sea la correcta y siempre a la hora indicada, con el fin de proveer mayor efectividad del mismo y un mejor resultado en cuanto a la disminución del dolor.

Adoptar buenos estilos de vida en cuanto a si la movilidad se lo permite y no se encuentra tan limitado físicamente, poder realizar algún tipo de ejercicio que no sea tan brusco o estiramientos físicos con el fin de poder mejorar la calidad de vida.

Buscar alguna terapia alternativa como realizar manualidades, pintar, escuchar música, o algo que les llame la atención para mantenerse ocupado y evitar que la persona pueda caer en depresión.

Al personal de Enfermería

Brindar educación al paciente, cuidador o familiares en cuanto a efectos adversos de los medicamentos, terapias o alternativas que se le brinden para ayudar a controlar el dolor.

Actuar de forma empática, amable, tratar al paciente de la mejor manera, brindarle el mejor trato posible ya que él está pasando por una situación donde lo que necesita es apoyo y una atención de calidad. Nunca menospreciar el dolor que tiene la persona sino más bien ofrecerle alternativas que ayuden a disminuirlo.

Realizar evaluaciones más constantes por parte de los supervisores de enfermería para poder mantener un estándar de calidad en cuanto a la atención que se le brinda al paciente, fomentando herramientas únicas, alternativas que puedan ser utilizadas en los pacientes.

Crear un protocolo estandarizado de uso de enfermería específico para cada tipo de dolor donde se puedan mejores alternativas para tratar a pacientes con dolor tanto en el hospital como de forma domiciliar.

Brindar capacitaciones más consecutivas acerca del manejo de pacientes con diferentes tipos de dolor, enseñar técnicas adecuadas en cuanto a la movilidad y cambios de posición con el fin de crear una valoración más integral y brindar mejores resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cristóbal, E. Intervención de Enfermería para pacientes adultos con dolor crónico. (Internet). 2011 (citado el 25 de enero del 2018) vol.10. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000100011
2. Umberto, C., Calil, A., Barreto, J., Akemi, P. Conocimientos de médicos y enfermeros sobre el dolor en pacientes sometidos a craneotomía. (Internet). 2012 (citado el 25 de enero del 2018). 20(6). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n6/es_07.pdf
3. Córdoba, A., Salazar, H., Ortiz, M., García, D. Manejo del dolor por el profesional de Enfermería en paciente pediátrico post quirúrgico de apendicetomía. (Internet). 2012 (citado el 25 de enero del 2018). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v3n1/v3n1a05.pdf>
4. Sellan, C., Díaz, L., Vásquez, A. Valoración del dolor y aplicación de intervenciones terapéuticas enfermeras en el paciente neonatal y pediátrico, en contexto asistenciales hospitalarios. (Internet). 2012 (citado el 25 de enero del 2018). Vol. 28. N2. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192012000200010
5. Gómez, D., Maldonado, V., Reyes, B., Muciño, A. Voces de las enfermeras al percibir el dolor en paciente infantil quemado. (Internet). 2014 (citado el 27 de enero del 2018). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/es_0104-0707-tce-23-02-00233.pdf

6. Matinés, L., Gallego, D., Vallejo, E., Lopera, J., Vargas, N., Molina, J. Uso de terapias alternativas, desafío actual en el manejo del dolor. (Internet). 2014 (citado el 27 de enero del 2018). Vol.21. N6. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462014000600007
7. Iglesias, M., Mayo, M., Mojo, V. Gestión y actuación de la enfermera en la unidad de dolor crónico. (Internet). 2014 (citado el 27 de enero del 2018) 21(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v21n1/articulo_especial.pdf
8. Moscoso, L., Bernal, C. Cuidado y manejo del dolor en el paciente post operatorio de revascularización miocárdica. (Internet). 2015. (citado el 27 de enero del 2018). Vol. 33. N2. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002015000200003
9. Miranda, H. Caracterización de las intervenciones de enfermería ante el dolor físico vivenciado en seres humanos críticamente enfermos en la unidad de cuidados intensivos. (Internet). 2015. (citado el 27 de enero del 2018). Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/49875/2/2681200.2015.pdf>
10. Templos, E., Salgado, P., Galán, N., Domínguez, R., Salado, M. Manejo del dolor en un caso de neuromielitis óptica. (Internet). 2016. (citado el 28 de enero del 2018). Vol23. N5. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462016000400005

11. Castellanos, J., Pinzón M. Manejo fisioterapéutico del dolor en personas quemadas en sus tres fases de recuperación. (Internet). 2016. (citado el 28 de enero del 2018). Vol23. N5. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462016000400007
12. Batista, D., Braga, N., Rossato, L., Bueno, N., Fumiko, A. Evaluación y Manejo del dolor en recién nacidos internados en una unidad de terapia intensiva neonatal. (Internet). 2017. (citado el 28 de enero del 2018). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-e2931.pdf
13. Máximo, J. Figueroa, J. Uribe, A. El dolor y su impacto en la calidad de vida estado anímico de pacientes hospitalizados. (Internet) 2012. Citado el 12 de agosto del 2018. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v12n1/v12n1a06.pdf>
14. Camargo, D. Orozco, L. Hernández, J. Cruz, N. Dolor de espalda crónico y actividad física en jóvenes Universitarios de áreas de la salud. (Internet). 2009. Citado el 12 de agosto del 2018. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v16n8/original2.pdf>.
15. Valverde, G. El Manejo del dolor y los cuidados paliativos...cuestión de actitud, vocación y profesión. (Internet). 2002. (citado el 01 de feb del 2018). Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/ts/v27n642002/art3.pdf>
16. Pichardo, M., Zúñiga, M. Atención de enfermería brindada a jóvenes en dos centros de salud comparado con la teoría de Watson. (Internet). 2013. (citado el

- 01 de feb del 2018). Disponible en:
<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/viewFile/2963/2864>
17. Madrigal, A. Manejo del dolor y cuidados paliativos. (Internet). 2016. (citado el 01 de feb del 2018). Disponible en: [http://www.cendeisss.sa.cr/wp-content/uploads/2016/Capacitacion/Pasantias/Unidades Docentes y Especialidades/Centro del Dolor y Cuidados Paliativos/pasantia-control-del-dolor-final-1.pdf](http://www.cendeisss.sa.cr/wp-content/uploads/2016/Capacitacion/Pasantias/Unidades_Docentes_y_Especialidades/Centro_del_Dolor_y_Cuidados_Paliativos/pasantia-control-del-dolor-final-1.pdf)
18. Carvajal, R. Programas de enfermería para la promoción de estilos de vida saludable, dirigido al personal del departamento de cocina panadería de Trigo Miel plaza de la cultura. (Internet). 2005. Citado el 12 de agosto del 2018. Disponible en:
<http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/bitstream/123456789/444/1/26488.pdf>
19. Prado, M. González, B, Paz, TLa teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención (Internet). 2000. (citado el 20 de febrero del 2018). Disponible en: <file:///C:/Users/Cenit%2001/Downloads/1139-4545-1-PB.pdf>
20. Organización Mundial de la salud. 2015. (citado el 1 de mayo del 2018) Disponible en: <http://www.who.int/es/>
21. Muriel, H, Llorca, V. Concepto del dolor y clasificación. 2010. (citado el 1 de mayo del 2018). Disponible en:
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5849/Ahuanari.pdf>

- 22.** Diccionario de Medicina Mosby
- 23.** Deal, B. Finding meaning in suffering. *Holist Nurs Prac*; 25(4). (Internet) 2011 (citado el 16 de mayo del 2018). Disponible en: <http://www.dolorypaliativos.org/art65.asp>
- 24.** Bayés, R. Sobre la felicidad y el sufrimiento. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*. 89/90: 70-74. (Internet) 2009 (citado el 16 de mayo del 2018). Disponible en: <http://www.dolorypaliativos.org/art65.asp>
- 25.** Mori, M.; Elsayem, A., Reddy, S., Bruera, E. & Fadul, N. Unrelieved Pain and Suffering in Patients with Advanced Cancer. (Internet) 2012 (citado el 16 de mayo del 2018). Disponible en: <http://www.dolorypaliativos.org/art65.asp>
- 26.** Aramburu. P, Román. J. González. Q. Aproximación terapéutica, practica del dolor en oncología. *Dolor e inflamación*. 2002. (citado el 16 de mayo del 2018). Disponible en: [file:///C:/Users/Laboratorio/Downloads/DOLOR%20TOTAL%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Laboratorio/Downloads/DOLOR%20TOTAL%20(1).pdf)
- 27.** Scheffer. R. Dolor en la enfermedad terminal. En la terapéutica del dolor. 2003. (citado el 16 de mayo del 2018). Disponible en: [file:///C:/Users/Laboratorio/Downloads/DOLOR%20TOTAL%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Laboratorio/Downloads/DOLOR%20TOTAL%20(1).pdf)
- 28.** Cecil. S. Aspectos neurobiológicos, psicológicos y sociales del sufrimiento. 2008. Vol.5. Num2-3. (citado el 16 de mayo del 2018). Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0808220245A/1537>
- 29.** Barbero. J. Evaluación integral del paciente en la fase terminal. 2008. (citado el 16 de mayo del 2018). Disponible en: <http://cuidadospaliativos.org/uploads/2012/6/MEDICINA%20PALIATIVA.pdf>

30. Díaz. P. Tipos de dolor y escalas terapéuticas de la OMS. Dolor Iatrogénico. (Internet) 2012. (citado el 16 de mayo del 2018) Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/anestesiologia/tipos_de_dolor.pdf
31. Miranda. R. Caracterización de las intervenciones de enfermería en el dolor físico. 2015. ((citado el 16 de mayo del 2018) Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/49875/2/2681200.2015.pdf>
32. Melzack. R. Umbral del dolor. Revista de la sociedad Española del dolor. 2013. (citado el 16 de mayo del 2018). Disponible en: <http://www.catedradeldolor.com/PDFs/Cursos.pdf>.
33. Espinosa Almendro J. El dolor en el anciano. El dolor y su tratamiento, guía de buena práctica clínica. Madrid: IM&C, SA; 2004. (citado el 16 de mayo del 2018). Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-doc/dolor_1.pdf
34. Campos C, Carrulla J, Casas A, et al. Manual SEOM de Cuidados Continuos. 2004. (citado el 16 de mayo del 2018). Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/anestesiologia/tipos_de_dolor.pdf
35. Gómez Sancho M. Avances en Cuidados Paliativos. Las Palmas de Gran Canaria: GAFOS; 2003. (citado el 16 de mayo del 2018). Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-doc/dolor_1.pdf
36. Sandí. D. Dolor nociceptivo y tipos de dolor. 2010. (citado el 16 de mayo del 2018). Disponible en: <https://www.academia.cat/files/425-11062-DOCUMENT/DolorAgutICronic.pdf>

37. Bragard D, C. Evaluación del dolor: aspectos metodológicos y uso clínico. 2010. (citado el 16 de mayo del 2018). Disponible en: file:///C:/Users/Multimedia/Downloads/X0213932415727485_S300_es.pdf
38. Puebla F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Oncología 2005. (citado el 16 de mayo del 2018). Disponible en: file:///C:/Users/Multimedia/Downloads/X0213932415727485_S300_es.pdf
39. Hernández. F. El umbral del dolor y sus tipos. 2012. (citado el 16 de mayo del 2018). Disponible en: <https://psicologiaymente.net/salud/tipos-de-dolores.pdf>
40. García. J. Tipos de dolor y su tratamiento. 2007. (citado el 16 de mayo del 2018). Disponible en: file:///C:/Users/Multimedia/Downloads/X0213932415727485_S300_es.pdf
41. Bandura. H. Aspectos y dimensiones del dolor. 2011. (citado el 17 de mayo del 2018). Disponible en: <http://www.sirn.es/la-experiencia-del-dolor-dimensiones/.pdf>
42. Loaiza. M. El dolor y sus emociones. 2013. (citado el 17 de mayo del 2018). Disponible en: <https://www.uv.es/choliz/DolorEmocion.pdf>
43. Craig. S. Revisión histórica del dolor y sus dimensiones. 2015. (citado el 18 de mayo del 2018). Disponible en: <http://www.sirn.es/la-experiencia-del-dolor-dimensiones/pdf>
44. Solano. M. fisiología y anatomía del dolor. 2013. (citado el 18 de mayo del 2018). Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-doc/dolor_1.pdf
45. Casals. M. Samper. D. Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico. Revista de la sociedad española del dolor 2004. (citado

- el 18 de mayo del 2018). Disponible en:
file:///C:/Users/Angelly/Downloads/X0213932415727485_S300_es.pdf
- 46.** Ruiz A, editor. Manual práctico de dolor. Madrid. 2003. (citado el 19 de mayo del 2018). Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-doc/dolor_1.pdf
- 47.** Expósito M. Bruera E. Evaluación del dolor en Cuidados Paliativos. Medicina Paliativa. 2012. (citado el 19 de mayo del 2018) Disponible en:
<file:///C:/Users/Laboratorio/Downloads/DOLOR%20TOTAL.pdf>
- 48.** Ibarra E. Una nueva definición del dolor: Un imperativo de nuestros días. Revista de la Sociedad Española del Dolor. 2006. (citado el 20 de mayo del 2018). Disponible en:
<http://www.sati.org.ar/files/kinesio/monos/MONOGRAFIA%20Dolor%20-%20Clarett.pdf>
- 49.** Pardo C, Muñoz T, Chamorro C. Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. Med. Intensiva. 2008. (citado el 20 de mayo del 2018). Disponible en:
<http://www.sati.org.ar/files/kinesio/monos/MONOGRAFIA%20Dolor%20-%20Clarett.pdf>
- 50.** Amsel. R. Escala visual del dolor. 2009. (citado el 20 de mayo del 2018). Disponible en:
[file:///C:/Users/Angelly/Downloads/DOLOR%20TOTAL%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Angelly/Downloads/DOLOR%20TOTAL%20(1).pdf)
- 51.** Astudillo W. Bases para el tratamiento del dolor del enfermo en la fase terminal, En: Cuidados del Enfermo en fase terminal y atención a su familia. 2011. (citado

- el 21 de mayo del 2018). Disponible en:
http://revista.sedolor.es/pdf/2006_05_06.pdf
- 52.** Flórez J. Fármacos analgésicos opioides. Farmacología humana 6ª Ed. Barcelona. 2013.(citado el 20 de mayo del 2018) Disponible en:
<http://132.248.9.34/hevila/DolorclinicayterapiaRevistamexicanadealogologia/2002-03/vol1/no3/1.pdf>
- 53.** Leland Y. Tratamiento del dolor crónico del anciano en Atención Primaria. 2013. (citado el 20 de mayo del 2018). Disponible en:
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-doc/dolor_1.pdf
- 54.** Lablanca Pérez MS, Collantes Casanova A. Escala terapéutica de la OMS. Antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Manual práctico de dolor. Madrid: PBM; 2003. (citado el 21 de mayo del 2018). Disponible en:
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-doc/dolor_1.pdf
- 55.** Donabedian A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. 2015. (citado el 21 de mayo del 2018). Disponible en:
<http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n34/administracion4.pdf>
- 56.** Triana. C. La empatía en la relación paciente- enfermero. 2013. (citado el 22 de mayo del 2018). Vol. 5. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v35n2/0121-4500-aven-35-02-00121.pdf>
- 57.** Herrera. L, Alcayaga. C, Torres-Hidalgo M, et al. Programa de apoyo al trabajador-cuidador familiar: fenómeno social emergente. 2017.(citado el 22 de mayo del 2018). Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v14n3/2395-8421-eu-14-03-00207.pdf>

58. Silva. M. Guías Clínicas. Manejo del dolor oncológico. 2015. (citado el 22 de mayo del 2018). Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/default/files/revistas/ED-102-04.pdf>
59. Barbain. T. Intervenciones para aliviar el dolor en pacientes hospitalizados. 2013. (citado el 22 de mayo del 2018). Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/musicoterapia-manejo-del-dolor/>
60. Fernández. V. Acciones para un estilo de vida saludable. 2013. (citado el 22 de mayo del 2018). Disponible en: <https://selecciones.com.mx/no-mas-dolor-acciones-para-un-estilo-de-vida-saludable/pdf>
61. Muñoz. C, Venegas, J, Marchetti. N. Factores de riesgo ergonómicos y de su relación con el musculo-esquelético de columna vertebral: basado en la primera encuesta nacional de empleo, equidad, salud y calidad de vida de los trabajadores y trabajadoras de Chile 2009- 2010. (citado el 12 de agosto del 2018). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v58n228/original1.pdf>
62. Oliviera. M, Hortense. P, Falconi. R, Cassai. T, Ferreira. A, Aparecida. F. Intensidad del dolor, incapacidad y depresión en individuos con dolor lumbar crónico. 2013. (citado el 12 de agosto del 2018). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/es_0104-1169-rlae-22-04-00569.pdf
63. Martínez. C. Dolor crónico y calidad del sueño. 2017. (citado el 12 de agosto del 2018). Disponible en: <https://eiu.edu.bz/wp-content/uploads/2016/06/ESTUDIO-EMNIPRE-DOLOR-CRONICO-Y-CALIDAD-DEL-SUENO.pdf>

ANEXOS

PLAN PILOTO

Universidad Hispanoamericana

Escuela de Enfermería

Reciba un cordial saludo, el presente cuestionario busca conocer su opinión acerca de la intervención del enfermero en el manejo del dolor, se realiza con fines académicos para optar por el grado de licenciatura en Enfermería.

La investigación se titula “Intervención del profesional de Enfermería en el manejo del dolor físico en pacientes de 30-70 años según su estilo de vida en la comunidad de Higuito de Desamparados durante el II cuatrimestre del 2018. La información brindada será estrictamente confidencial y utilizada únicamente para esta investigación, al mismo tiempo se le agradece su colaboración.

Instrucciones Generales

Marque con una X la respuesta que sea de su opinión. Favor elegir solo una respuesta por pregunta.

Parte I: Información Sociodemográfico

1. ¿Qué edad tiene en años cumplidos?

30-45 45-55

55-65 65-70

2. ¿Cuál es su género?

Femenino Masculino

3. ¿Estado civil?

Soltero Casado Divorciado Viudo Unión Libre

4. ¿Tiene hijos?

Sí No

Sí la pregunta es afirmativa, cuantos hijos _____

5. Grado Académico

Bachillerato Licenciatura Maestría Doctorado Primaria Incompleta Secundaria Incompleta

6. Ingreso salarial aproximado en la familia

- 250.000 o menos
 250.000- 350.000 350.000- 450.000
 450.000 - 550.000 550.000- 650.000
 650.000- 750.000 750.000 en adelante

7. Profesión u oficio:

8. Del ingreso familiar mencionado anteriormente cuantas personas cooperan con este ingreso, _____ inclúyase usted _____ en _____ la respuesta _____

9. ¿Hay personas dependientes de usted económicamente?

- Sí No

¿Cuántas personas dependen de usted? _____

Parte II: Información sobre Estilos de vida

10. ¿Padece de insomnio?

- Sí No

Si la respuesta es afirmativa, cuantas veces por semana padece de insomnio _____

11. ¿Cuantas horas en promedio duerme por la noche?

- 3- 4 5-6 6-7 7-8 8 o más

12. ¿Es usted una persona fumadora?

- Sí No

Si la respuesta es afirmativa, cuantos cigarros fuma al día _____

13. ¿Realiza actividad física (deporte, camina, zumba, otros) frecuentemente?

- Sí No

Si la respuesta es afirmativa, cuantas veces por semana _____

14. ¿Realiza algún tipo de dieta o no come ciertos alimentos por indicación médica o por mantener algún peso recomendado?

- Sí No

Si su respuesta es afirmativa, qué tipo de dieta hace_____

15. ¿Tiene algún vicio (Alcohol u otro)?

() Sí () No

Sí su respuesta es afirmativa, mencione cuál_____

Parte III: Información sobre trastornos asociados al dolor (Ansiedad y/o Depresión)

16. Durante las últimas dos (2) semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido las siguientes molestias?

1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a o desesperanzado/a	0	1	2	3
3. Problemas para dormir o mantenerse dormido/a, o dormir Demasiado	0	1	2	3
4. Sentirse cansado/a o tener poca energía	0	1	2	3
5. Poco apetito o comiendo en exceso	0	1	2	3
6. Sentirse mal acerca de sí mismo/a — o sentir que es un/a fracasado/a o que se ha fallado a sí mismo o a su familia	0	1	2	3
7. Dificultad para concentrarse en las cosas, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Moverse o hablar tan despacio que puede que otras personas se hayan dado cuenta? O lo opuesto — estar tan inquieto/a o intranquilo/a que se ha estado moviendo mucho más de lo normal	0	1	2	3

9. Tiene pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o que quisiera lastimarse de alguna forma	0	1	2	3
---	---	---	---	---

Considere que

0 es **No, para nada**

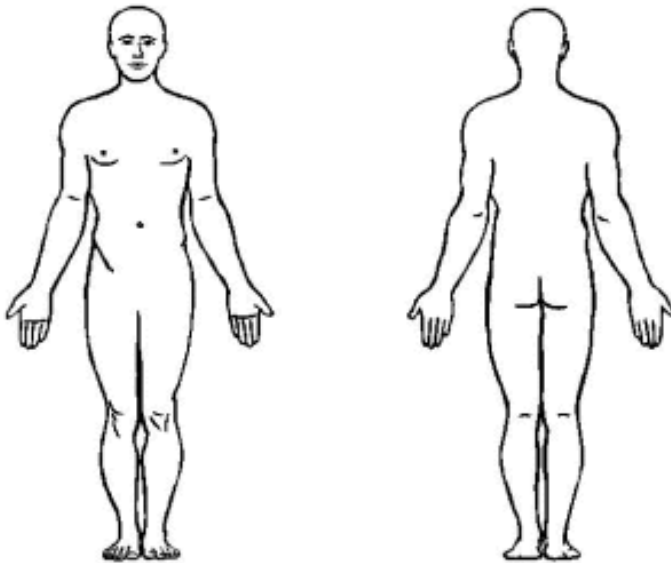
1 es **Varios días**

2 es **Durante más de la mitad de los días**

3 es **Casi todos los días**

Parte IV: Localización del dolor

A continuación se presenta una imagen del cuerpo humano, por favor seleccione el área que identifica el lugar donde usted presenta el dolor.



17. El dolor generalmente aparece por

- La mañana
- Durante el día
- Por la noche

18. Cuando se presenta el dolor, ¿este interfiere en las actividades del día que normalmente usted realiza?

- Sí
- No

19. Cuando hay dolor que tipo de actividades se le dificulta realizar. Puede marcar varias opciones

Opciones	Seleccionar	Opciones	Seleccionar
Cocinar		Comer	
Caminar		Bañarse	
Uso de la computadora		Realizar labores de limpieza	
Salir de la casa		Relacionarse con las personas	
Dormir		Trabajar	

20. Cuando hay presencia de dolor pueden verse varios factores afectados, puede seleccionar varias opciones

Opciones	Seleccionar	Opciones	Seleccionar
Cambios de humor		Insomnio	
Sudoración		Disnea	
Apetito		Vómito	
Náuseas		Sueño	

21. Que medicamento utiliza para disminuir el dolor físico. Puede marcar varias opciones

- Ibuprofeno
- Paracetamol
- Tramal
- Carbamacepina
- Morfina
- Codeína
- Diacepam
- Amitriptilina
- Metamizol
- Prednisona

Otro:

22. En un rango de 24 horas después de administrado el tratamiento, que tan efectivo es

- 0% ningún alivio
- 10% 20%
- 30% 40%
- 50% Alivio medio
- 60% 70%
- 80% 90%
- 100% alivio máximo

23. Tiene su dolor características como las siguientes que se mencionan. Puede marcar varias opciones

Opciones	Seleccionar	Opciones	Seleccionar
Quemazón		Penetrante	
Sensación de frío		Punzante	
Hormigueo		Insoportable	
Descargas eléctricas		Irritante	
Entumecimiento		Sensible	
Forma de latigazo		Late	
Difuso		Palpita	
Golpea		Aprieta	
Calambres		Desgarrador	

24. El dolor se intensifica o se provoca por:

- El roce
- Espontáneamente

25. Cuando hay presencia de dolor este puede durar

- Segundos
- Minutos
- Horas
- Días

26. Cambios que experimenta el dolor. Seleccione la opción que mejor lo representa.

Continuo	Periódico
Rítmico	Intermitente
Invariable	Momentáneo
Constante	Transitorio

Parte V: Evaluación de la intervención del enfermero

27. Cuando usuario expone su dolor el enfermero le mira directamente a los ojos, responde con frases empáticas

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Nunca
- No se observa

28. Cuando usuario expone su dolor, la enfermera toca o palpa el lugar anatómico que la persona le muestra

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Nunca
- No se observa

29. Cuando el usuario expresa su dolor, la enfermera le ofrece alguna otra alternativa para disminuir el dolor

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Nunca

30. Califique el grado de dolor que tiene cuando la enfermera realiza la visita. Considere que 1 es poco, 5 intermedio y 10 un dolor máximo.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

31. Según la respuesta anterior, ¿que intervención realiza la enfermera en ese momento?

- Aplicación de medicamento

- Escucha activa
- Empatía
- Recomienda el uso de medicina alternativa
- Cambios de posición
- Realiza alguna curación de ser necesario

32. Según la intervención del enfermero en la visita realizada, usted puede calificarla como:

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy mala

Nota: Sobre el Cuestionario PHQ-9, fue Desarrollado por los Doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y sus colegas con una otorgación educativa de Pfizer, Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, desplegar o distribuir.

Evaluación para la intervención de enfermería al paciente con dolor.

Criterios a Evaluar	Siempre	Casi Siempre	A veces	Casi Nunca	Nunca
Al inicio de la visita saluda y se presenta					
La enfermera pregunta por características del dolor.					
La enfermera palpa o localiza el área que refiere el paciente donde tiene el dolor.					

<p>La enfermera le pide al paciente que califique la intensidad del dolor según alguna escala.</p>					
<p>La enfermera juzga dolor del usuario con frases como: “Es imposible que le duela mucho”, “Aguanta muy poco”, entre otras.</p>					
<p>Administración de analgésico prescrito por el médico.</p>					
<p>Registra y evalúa la respuesta que tiene el usuario al tratamiento.</p>					
<p>Usa frases como: “ Ya no puedo hacer nada más para ayudarlo”, “ya no le tocan más calmantes”.</p>					
<p>La enfermera educa a la familia sobre efectos adversos de los medicamentos.</p>					

Ayuda a reducir el estímulo doloroso siempre que pueda.					
Realiza cambios de posición en pacientes encamados.					
Intenta reducir factores que disminuyen el umbral doloroso como: ansiedad, miedo, tristeza, depresión.					
Proporciona un ambiente agradable, con escucha activa cuando el paciente habla.					
Se expresa de forma agradable con el paciente y su familia.					
La enfermera se muestra empática cuando el paciente se expresa.					

Recomienda alternativas para aliviar el dolor como masajes, acupuntura, aromaterapia, entre otras.					
Recomienda al paciente realizar actividades como pasear, nadar, escuchar música como métodos de distracción.					

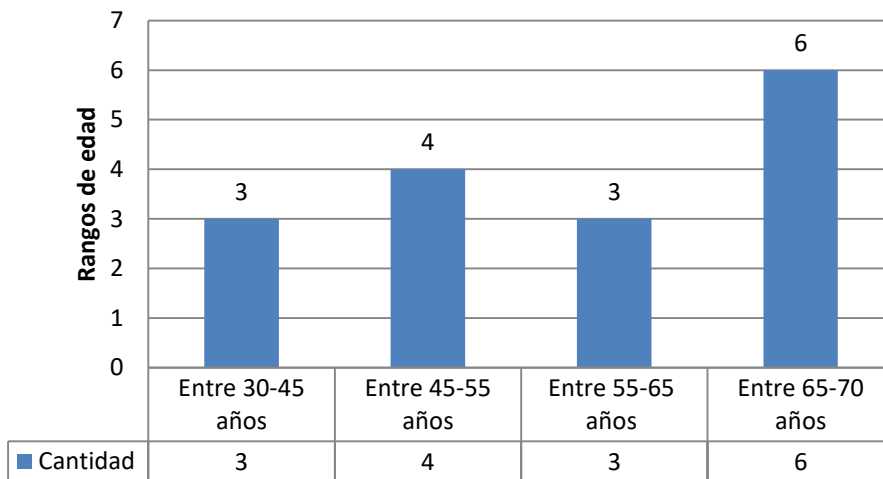


Figura N1. Edad en años cumplidos de las personas encuestadas. San José, Costa Rica. 2018.

Fuente: Elaboración propia. 2018.

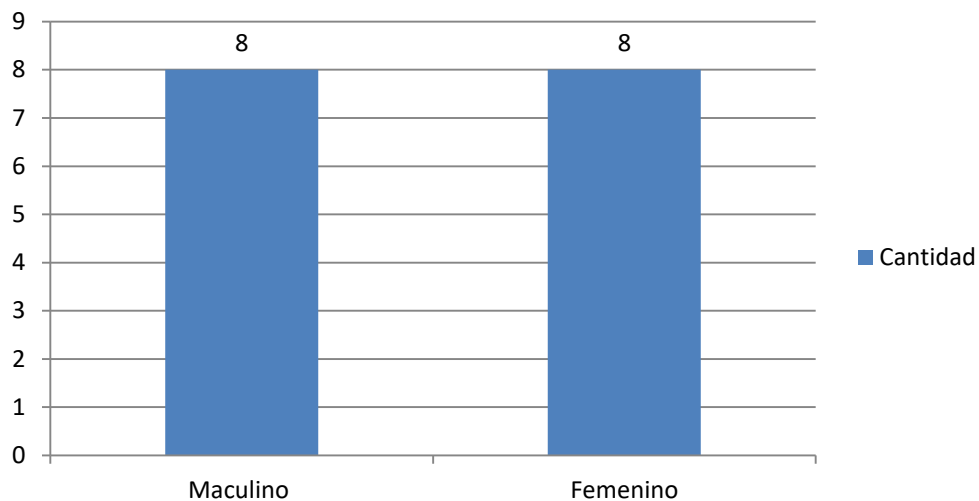


Figura N2. Agrupación según el género. San José, Costa Rica. 2018.

Fuente: Elaboración propia 2018.

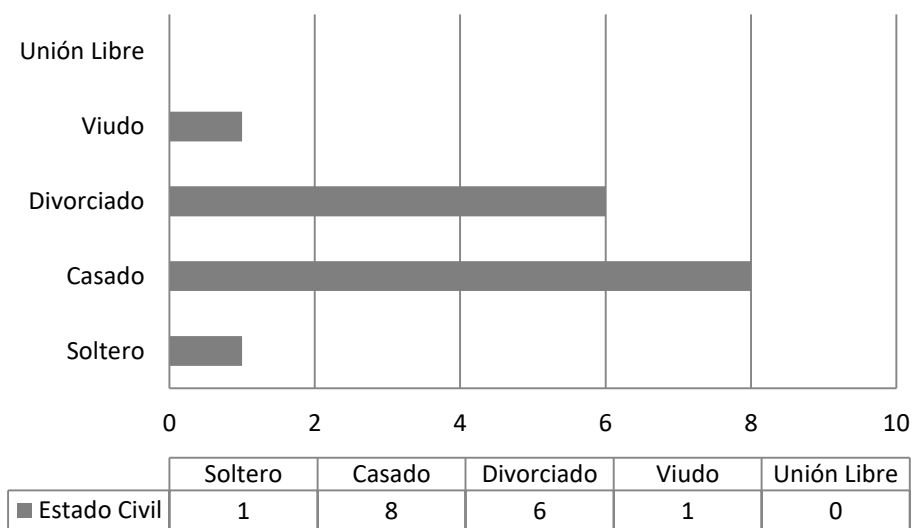


Figura N 3. Distribución según el estado civil de la población. San José, Costa Rica. 2018.

Fuente: Elaboración propia 2018.

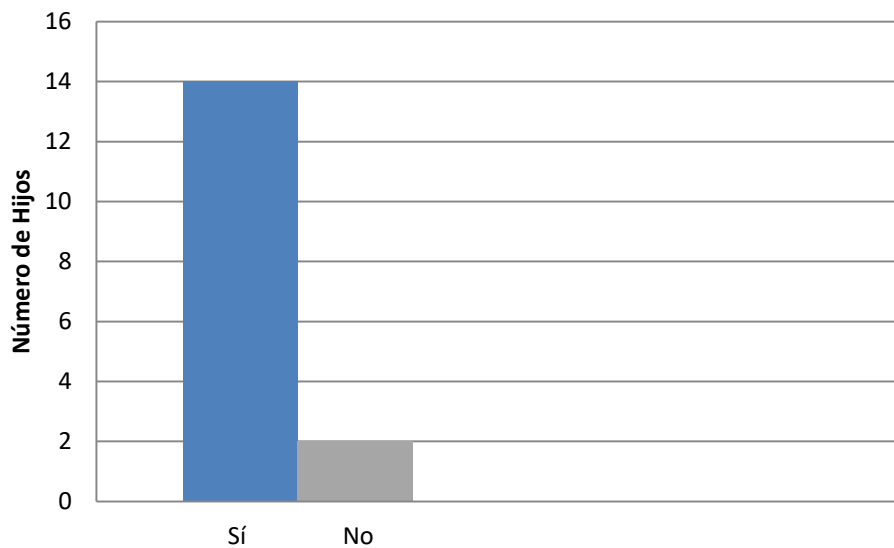


Figura N4. Agrupación de la población según si tienen hijos o no. San José, Costa Rica.

Fuente: Elaboración propia 2018.

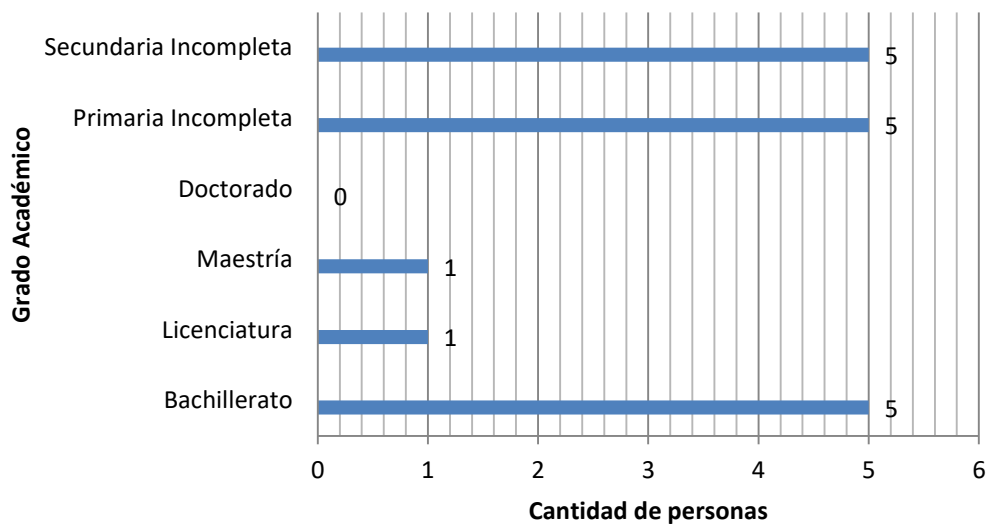


Figura N5. Distribución de la población según el grado académico. San José, Costa Rica.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

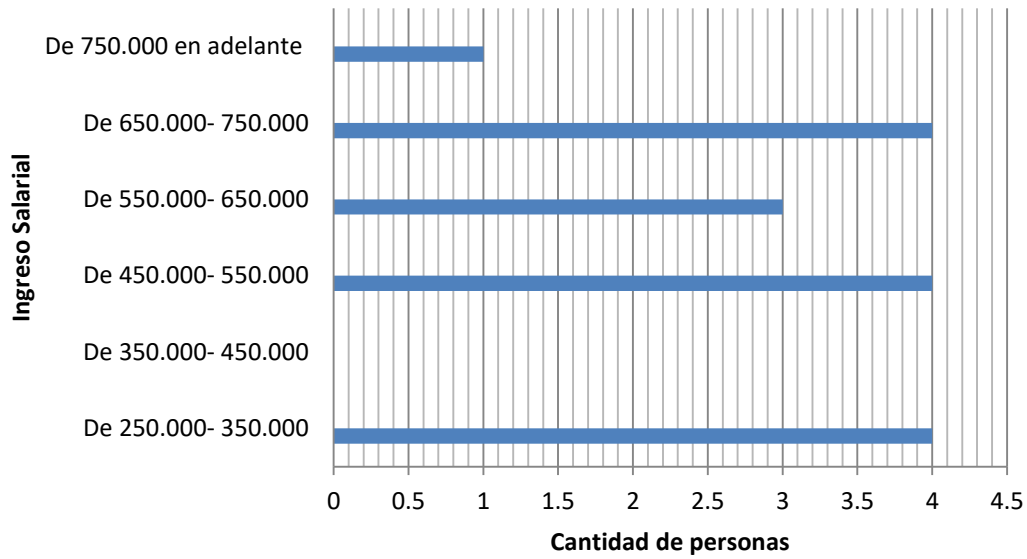


Figura N6. Agrupación de la población encuestada según el ingreso salarial. San José, Costa Rica, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

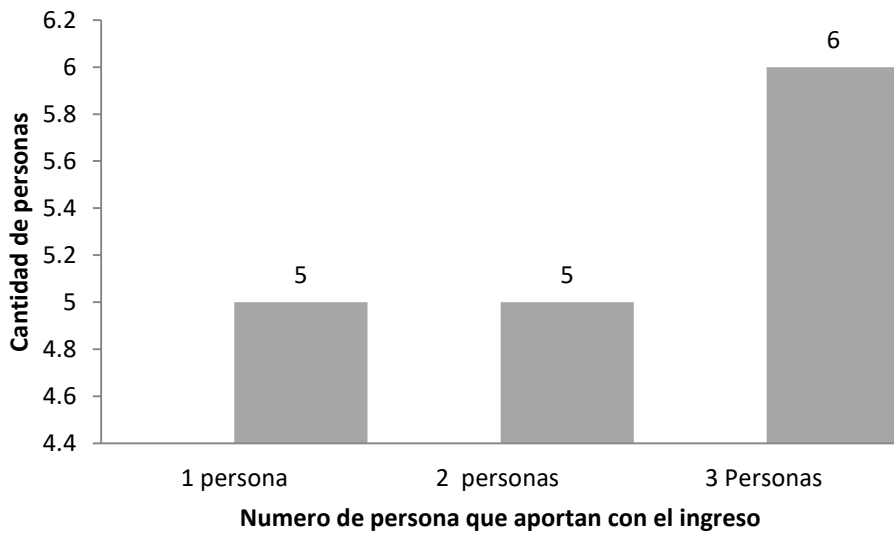


Figura N7. Cantidad de personas que cooperan con el ingreso salarial. San José, Costa Rica, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

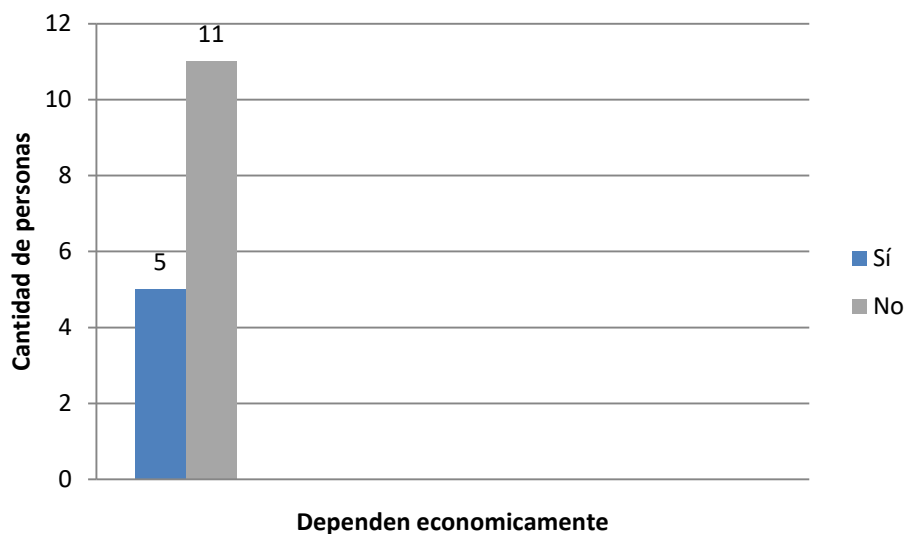


Figura N8. Distribución de las personas según si tienen o no personas que dependan económicamente de ellos. San José, Costa Rica, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

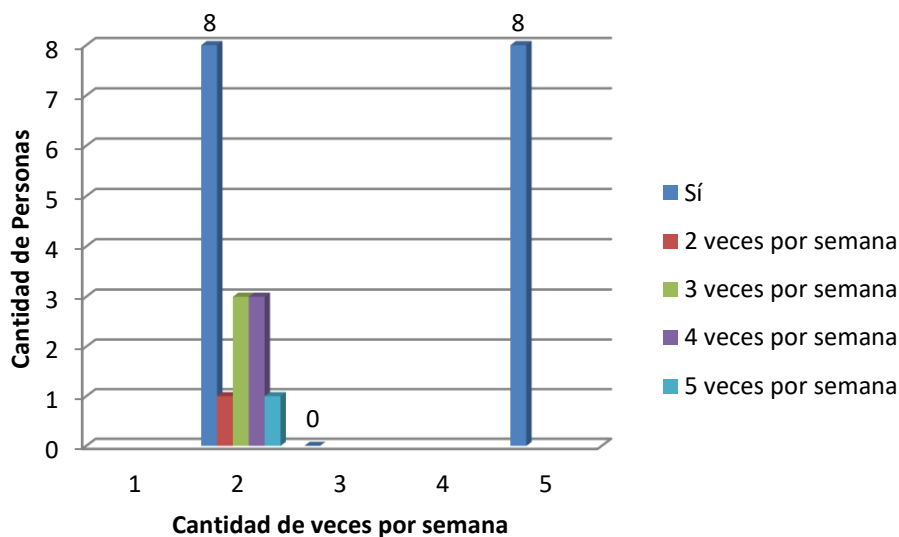


Figura N9. Distribución de la población según la presencia o no de insomnio y la frecuencia por semana, San José, Costa Rica, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

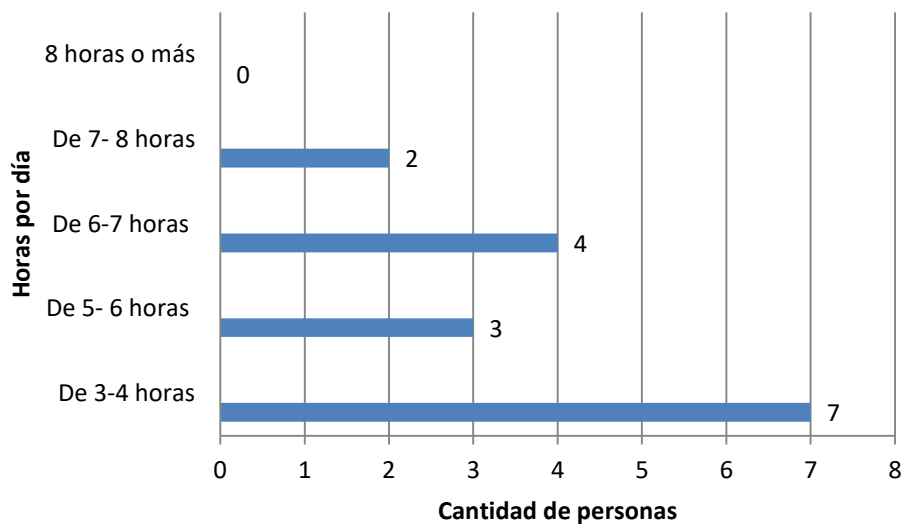


Figura N10. Distribución de la población según la cantidad de horas que duerme durante la noche, San José, Costa Rica, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

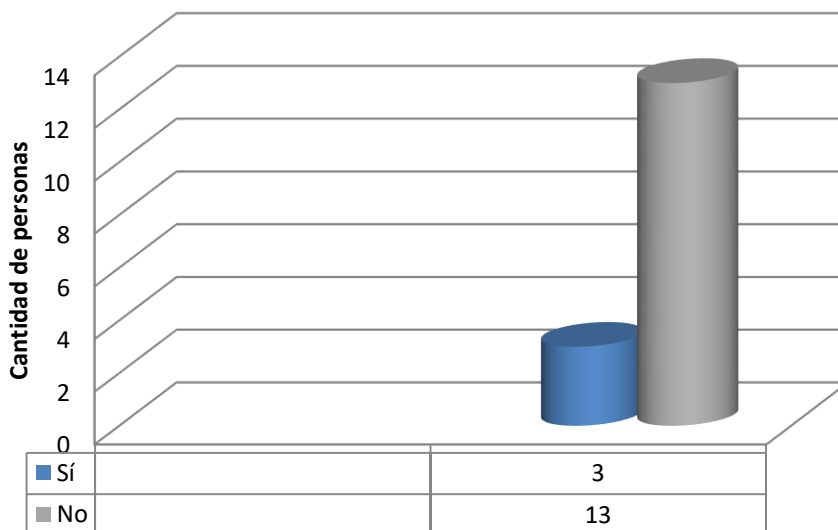


Figura N11. Distribución de la población según si son fumadores o no, San José, Costa Rica, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

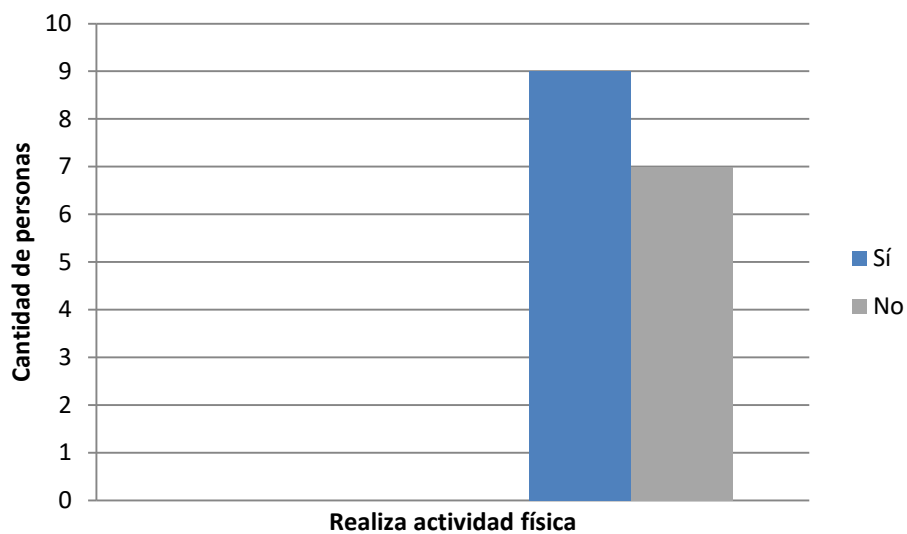


Figura N12. Distribución de la población según si realizan o no actividad física, San José Costa Rica, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

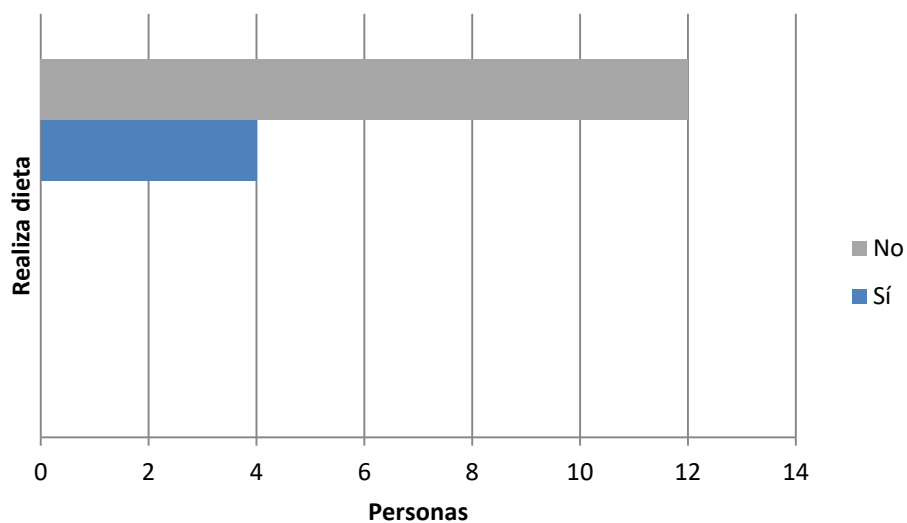


Figura N13. Distribución de la población la presencia o no de alguna dieta particular en los tiempos de comida, San José, Costa Rica, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

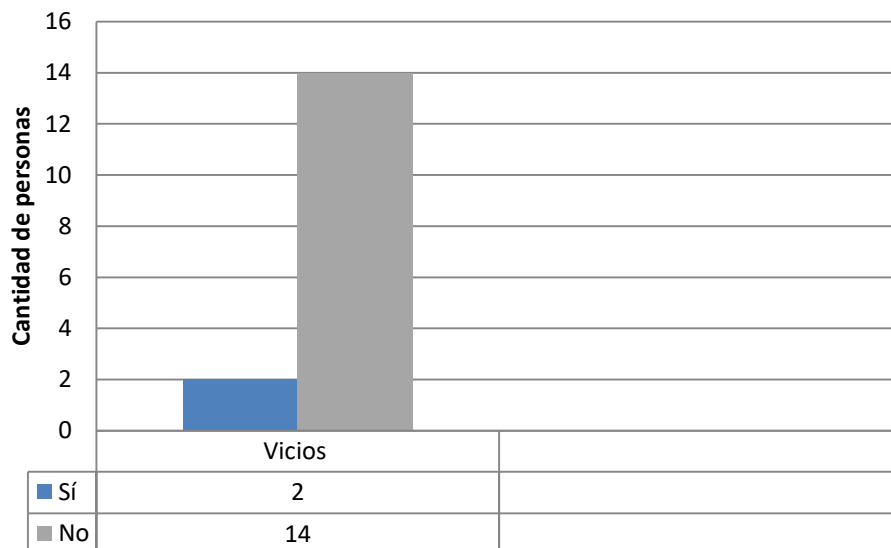


Figura N14. División de la población según la existencia o no de algún vicio, San José, Costa Rica, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

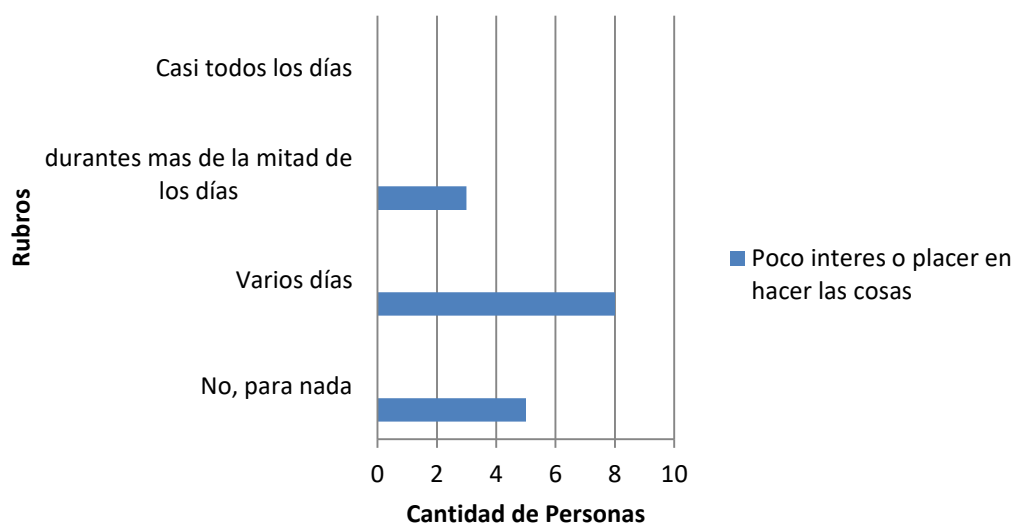
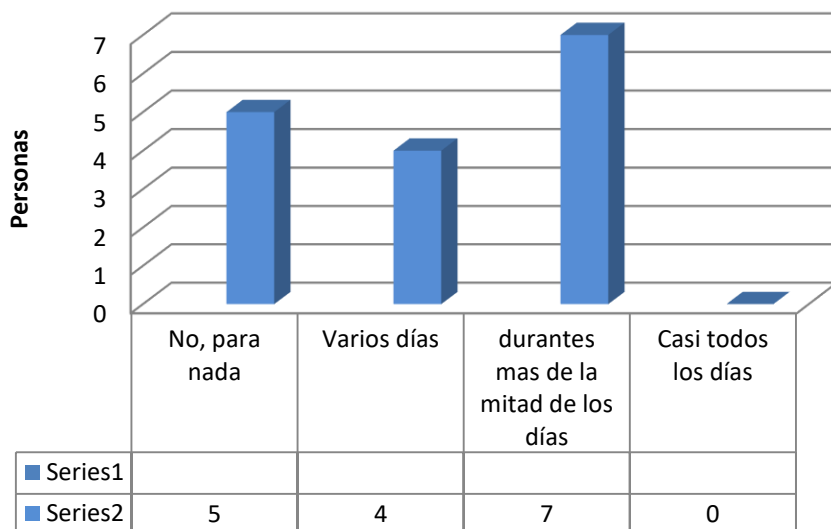


Figura N15. Distribución de la población la presencia de síntomas y signos asociada a los trastornos de ansiedad y depresión, San José, Costa Rica, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.



Sentirse Desanimado, deprimido.

Figura N16. Distribución de la población según la presencia de síntomas y signos asociados a la ansiedad o depresión, San José, Costa Rica, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

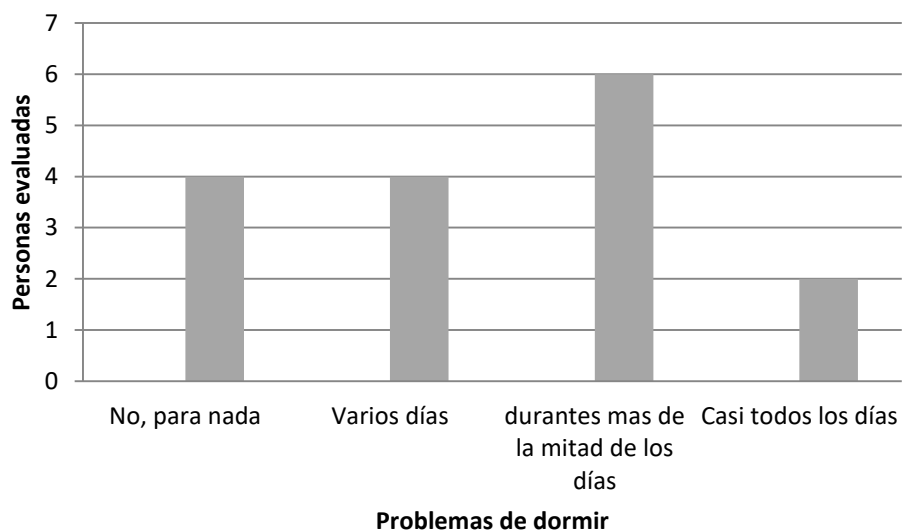


Figura N17: Distribución de la población según la existencia de problemas para dormir o mantenerse dormido, San José, Costa Rica, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

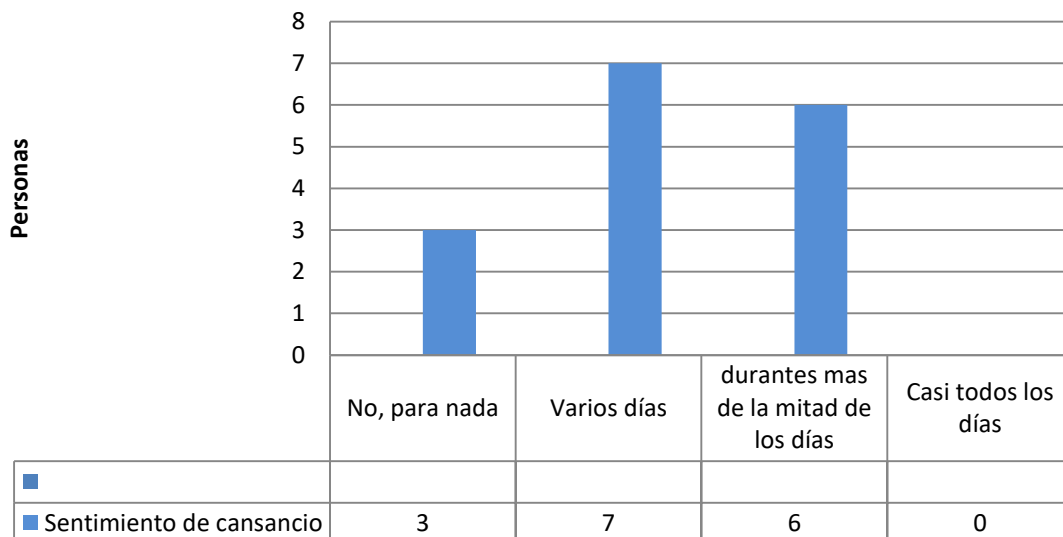


Figura N18. Distribución de la población según el sentimiento de cansancio o con poca energía, San José, Costa Rica, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

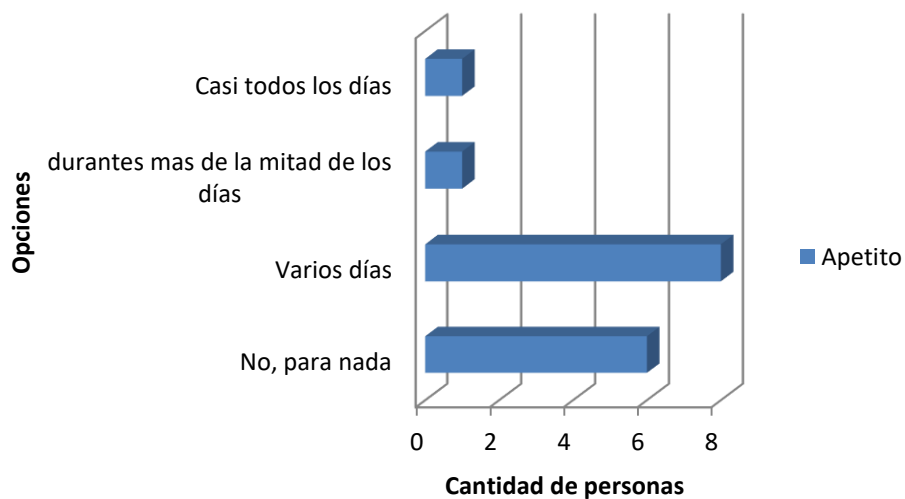


Figura N19. Distribución de las personas encuestadas según el tipo de apetito, San José, Costa Rica, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

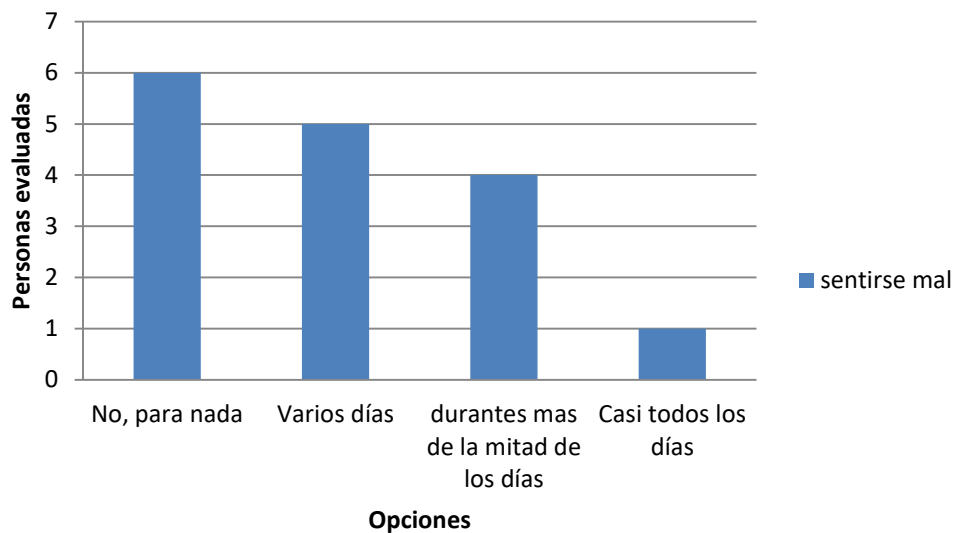


Figura N20. Distribución de la población según el sentimiento de sentirse mal consigo mismo o sentirse fracasado, San José, Costa Rica, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

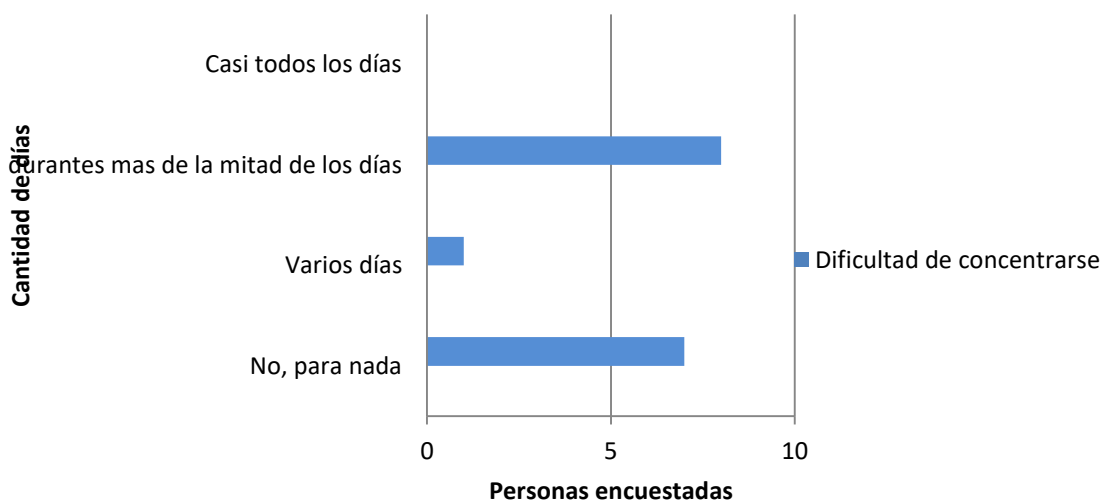


Figura N21. Distribución de la población según la dificultad para concentrarse para hacer las cosas, San José, Costa Rica, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.



Figura N22. Distribución de la población según el ritmo que usa para comunicarse, San José, Costa Rica, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

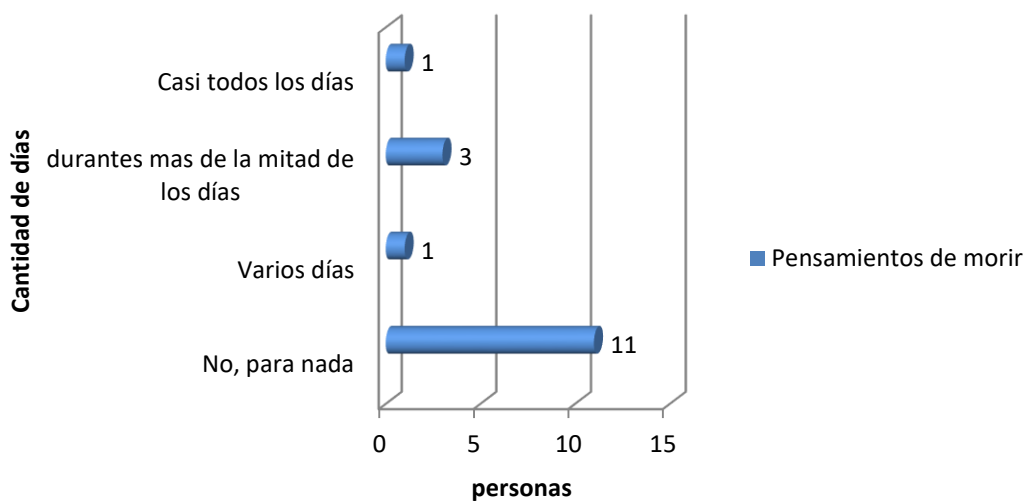
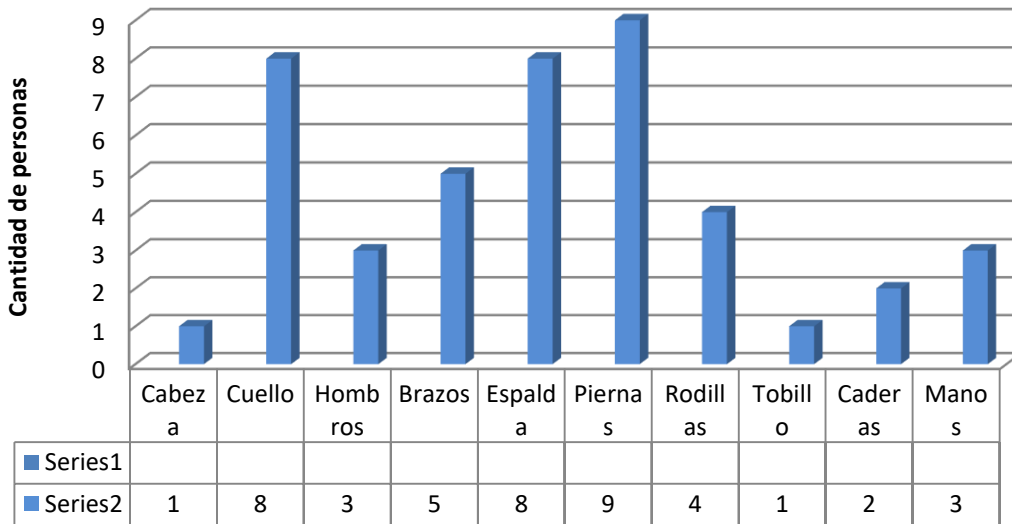


Figura N23. Distribución de la población según pensamientos de querer estar muerto o lastimarse, San José, Costa Rica, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.



Localización

Figura N24. Distribución de la población según la localización anatómica del dolor, San José, Costa Rica, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

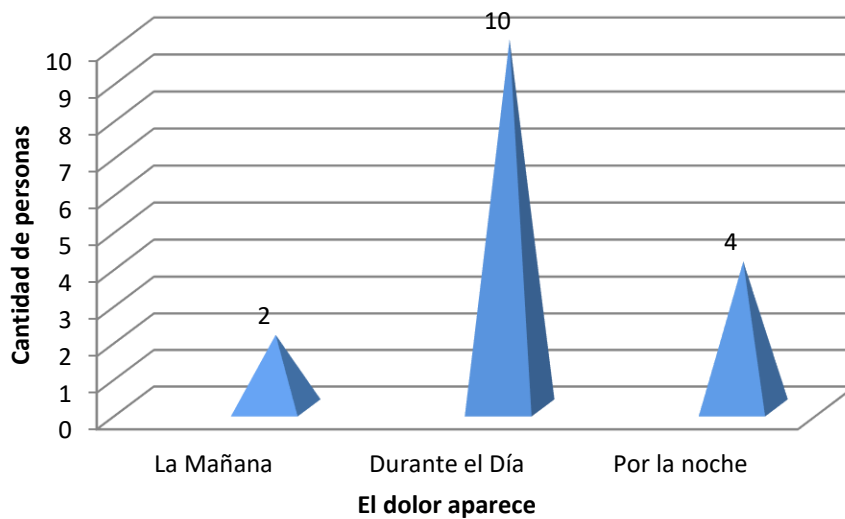
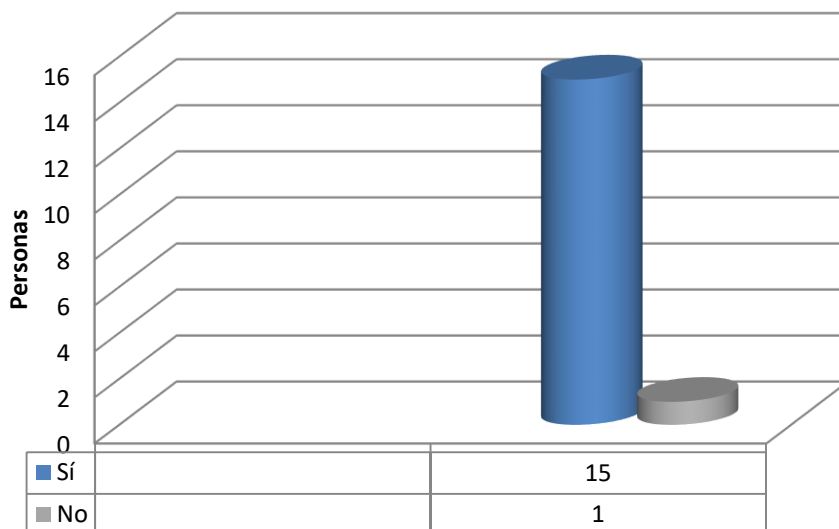


Figura N25. Distribución de la población encuestada según la frecuencia de la aparición del dolor, San José, Costa Rica, 2018.

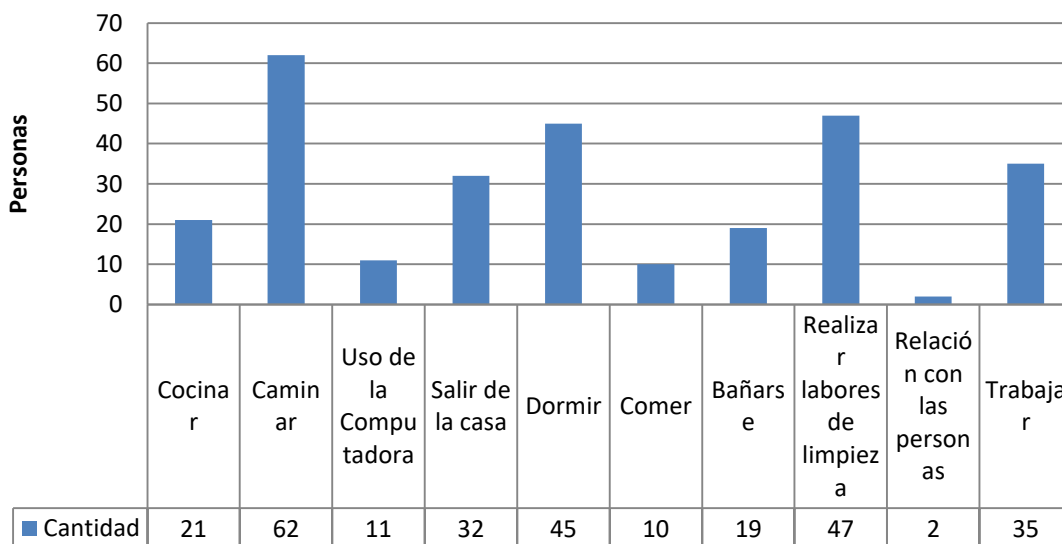
Fuente: Elaboración propia, 2018.



Interfiere el dolor en las actividades del día

Figura N26. Distribución de la población según la interferencia o no del dolor en las actividades que realiza en el día, San José, Costa Rica, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.



Actividades con dificultad

Figura N27. Distribución de la población encuestada según actividades que se le dificultan realizar cuando hay dolor, San José, Costa Rica, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

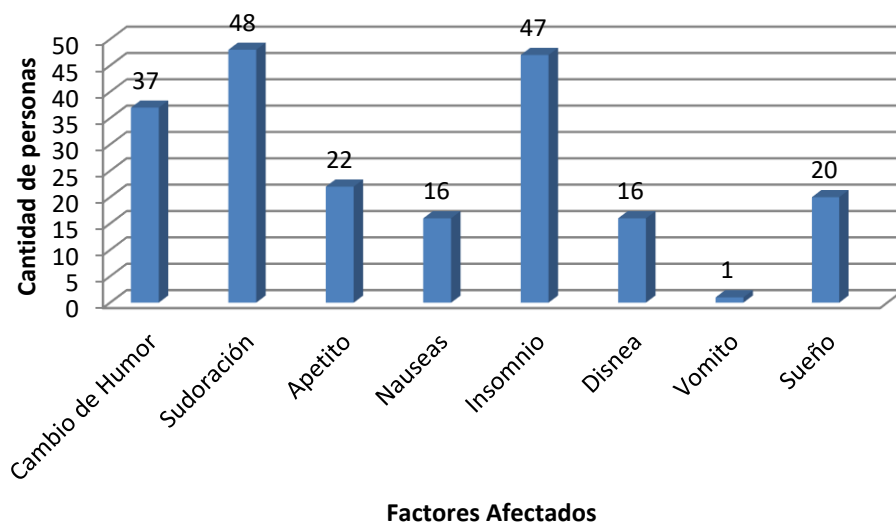


Figura N28. Distribución de la población encuestada según factores que se ven afectados cuando hay presencia de dolor, San José, Costa Rica, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

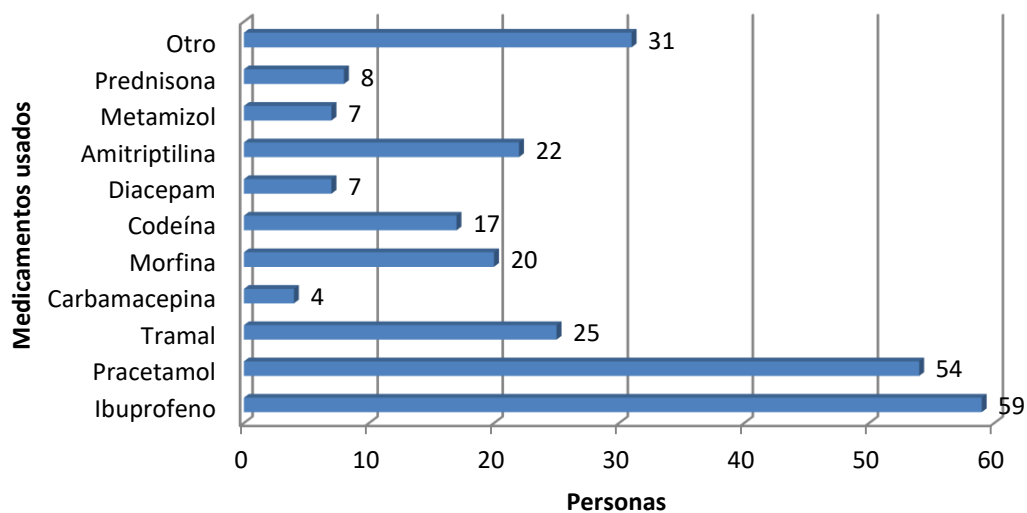
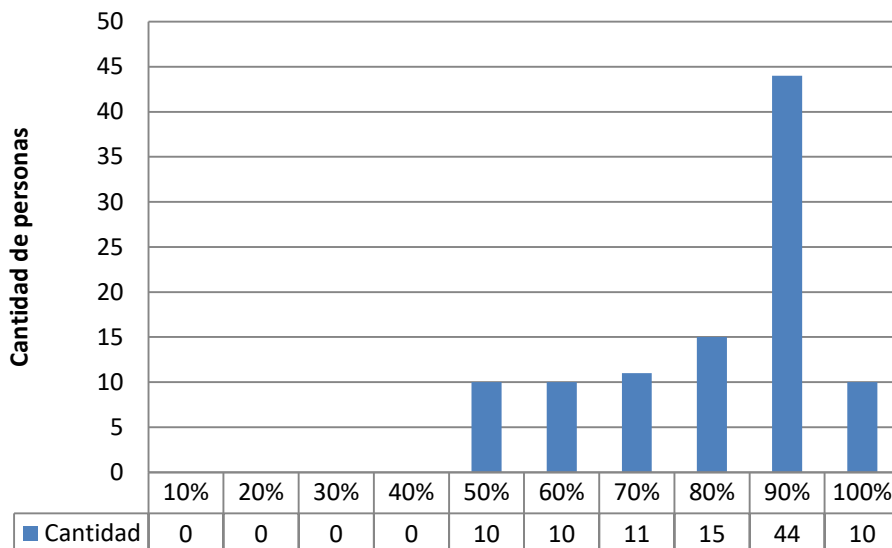


Figura N29. Distribución de la población según medicamentos usados cuando hay dolor, San José, Costa Rica, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.



Efectividad del medicamento

Figura N30. Distribución de la población según la efectividad (en porcentaje del alivio) que causa el medicamento en un rango de 24 horas, San José, Costa Rica, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

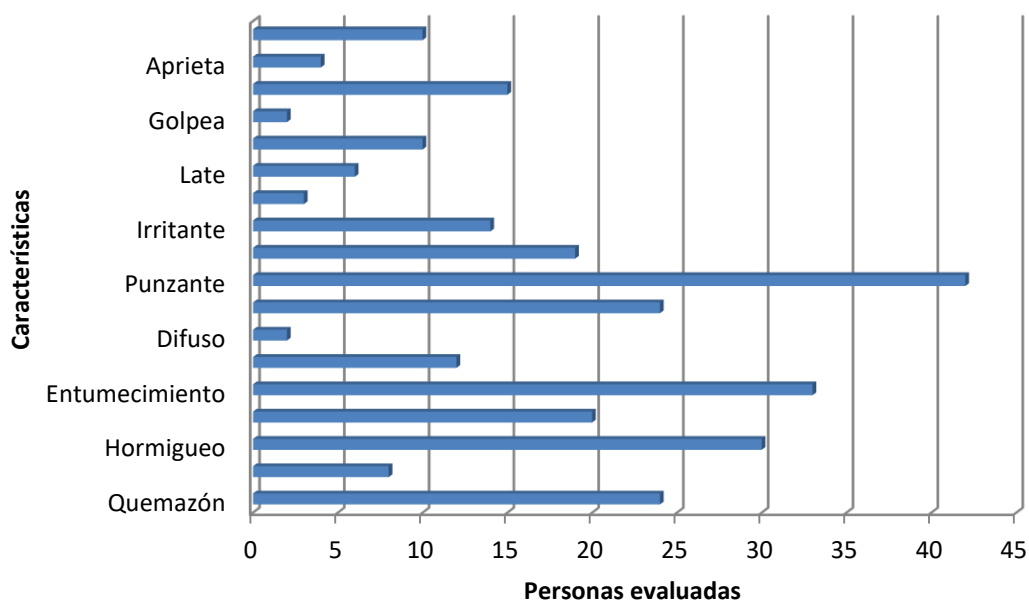


Figura N31. Distribución de la población según las apreciaciones físicas que tiene el dolor, San José, Costa Rica, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

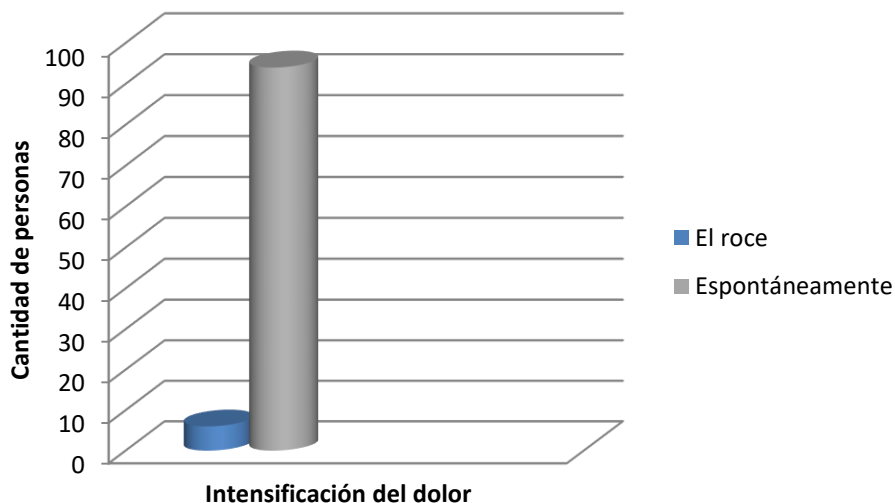


Figura N32. Distribución de la población según la forma en que se intensifica el dolor, San José, Costa Rica, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

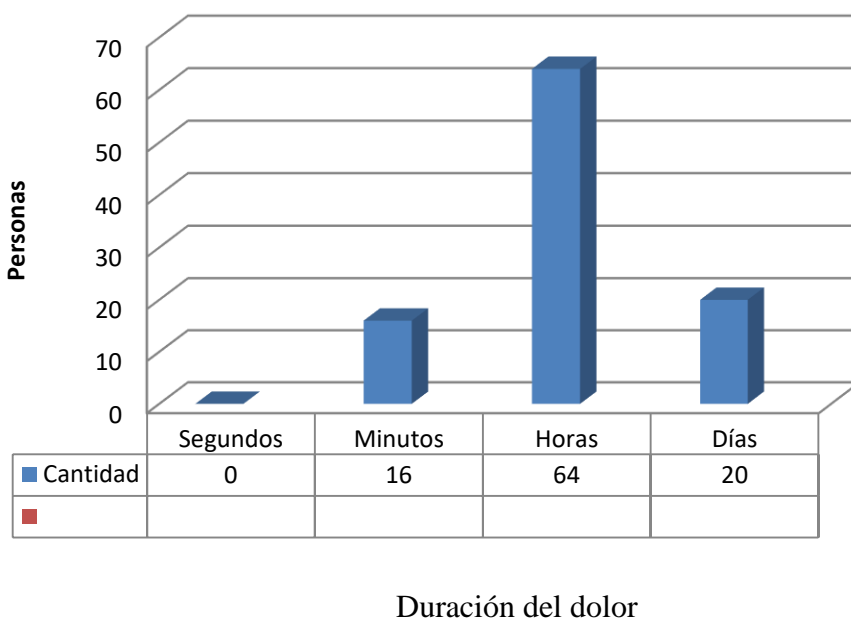


Figura N33. Distribución de la población según el tiempo que dura el dolor físico, San José, Costa Rica, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

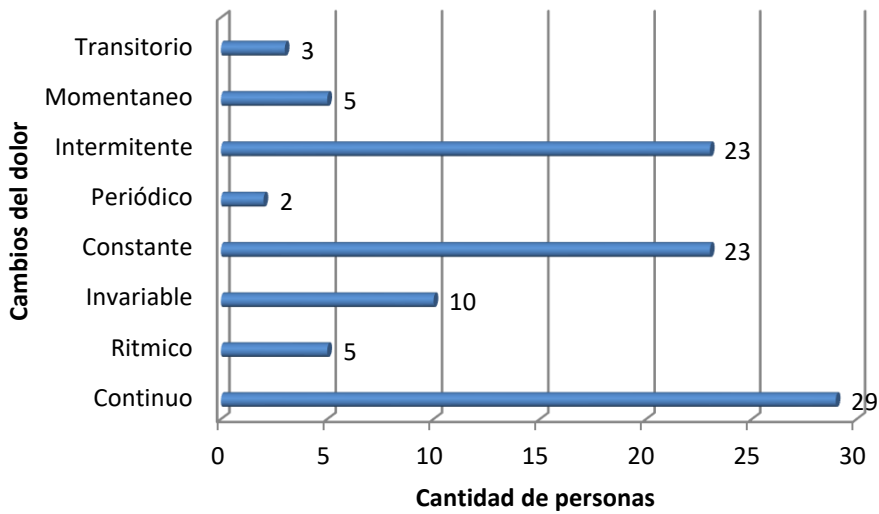


Figura N34. Distribución de la población según los cambios que experimenta el dolor cuando este aparece, San José, Costa Rica, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

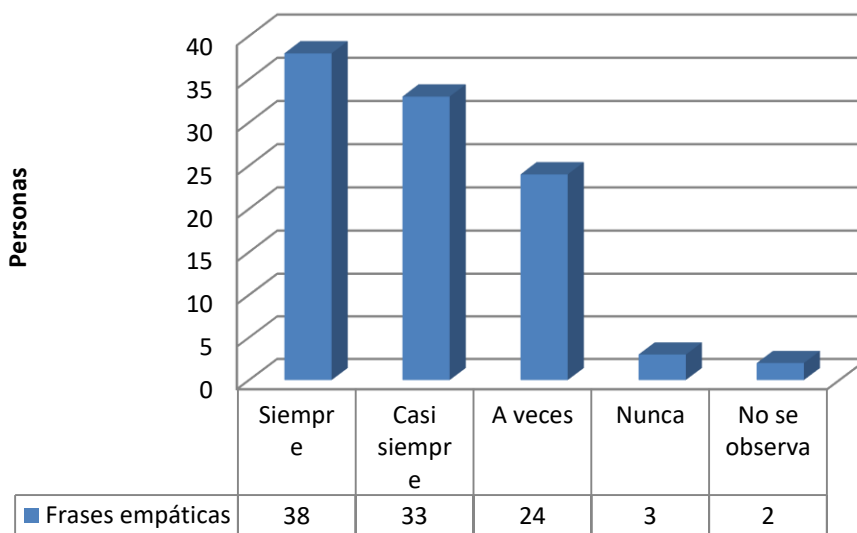


Figura N35. Distribución de la población encuestada según la intervención del enfermero, si este responde mirando a los ojos o con frases empáticas, San José, Costa Rica, 2018.

Fuente: Elaboración Propia, 2018.

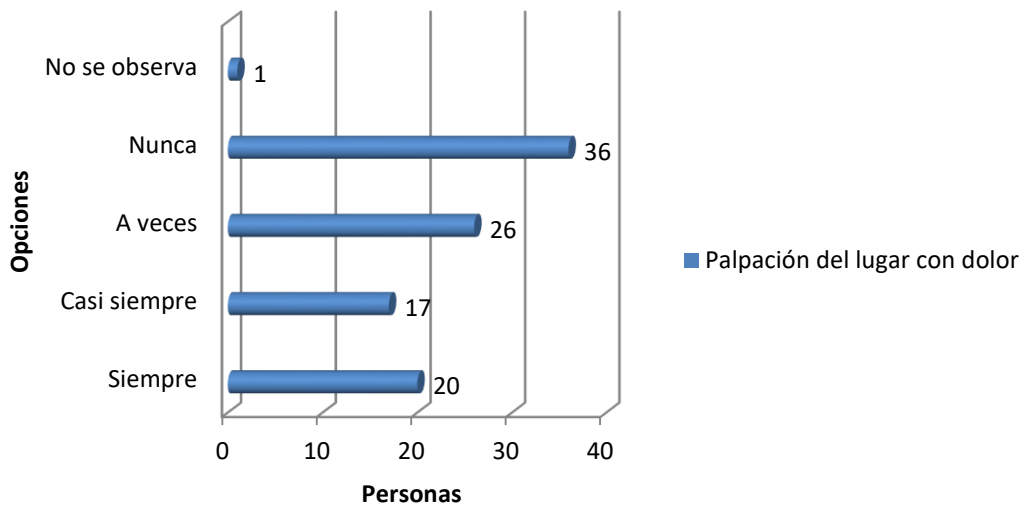


Figura N36. Distribución de la población en estudio si la enfermera palpa o toca la zona anatómica con dolor, San José, Costa Rica, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

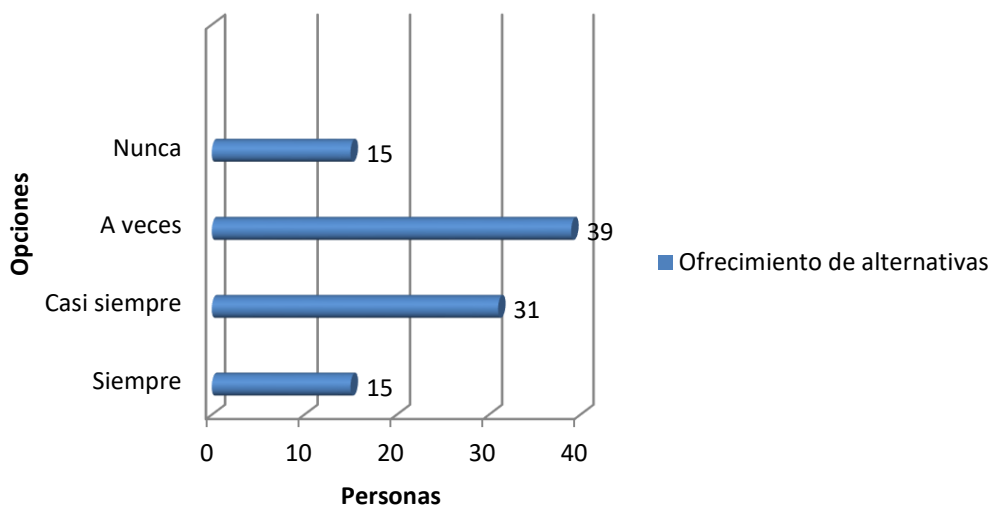


Figura N37. Distribución de la población según si la enfermera ofrece alternativas para disminuir el dolor más allá de la farmacológica, San José, Costa Rica, 2018

Fuente: Elaboración Propia, 2018

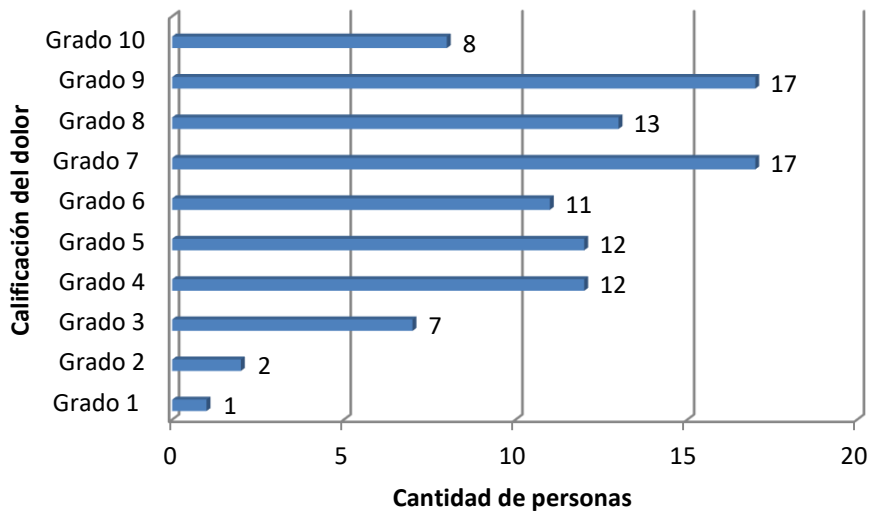


Figura N. 38. Distribución de la población según la calificación subjetiva del dolor, San José, Costa Rica, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

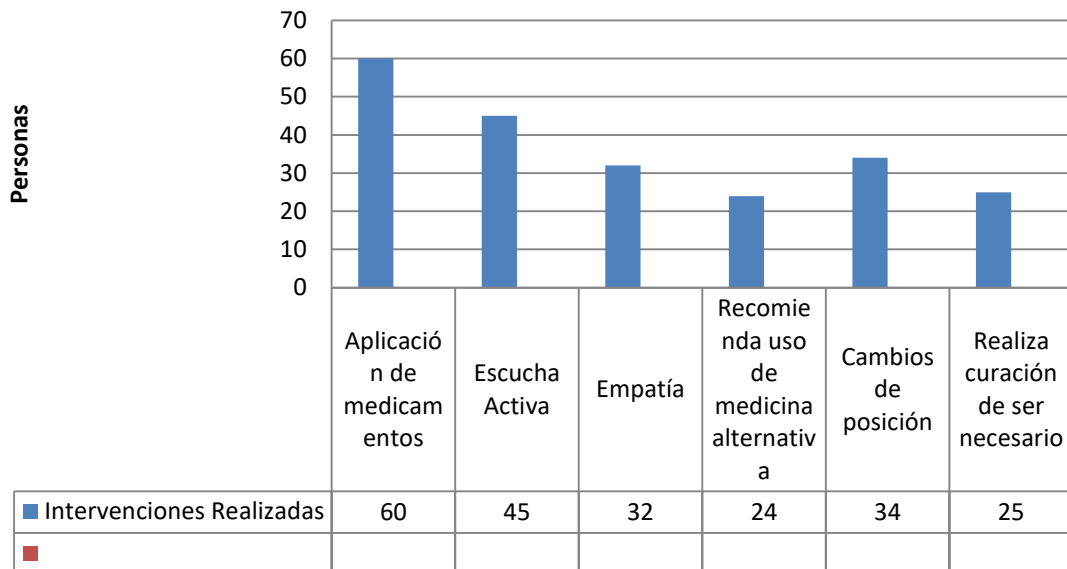


Figura N39. Distribución de la población según la intervención que realiza el enfermero en la visita, San José, Costa Rica, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

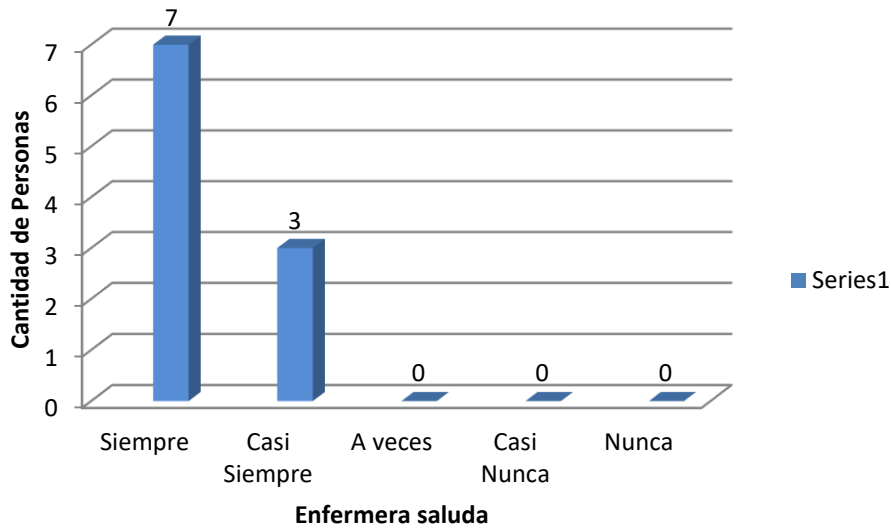


Figura N1. Distribución de los enfermeros según si al inicio de la visita se presentan desde la perspectiva de la población encuestada, San José, Costa Rica, 2018

Fuente: Elaboración propia, 2018.

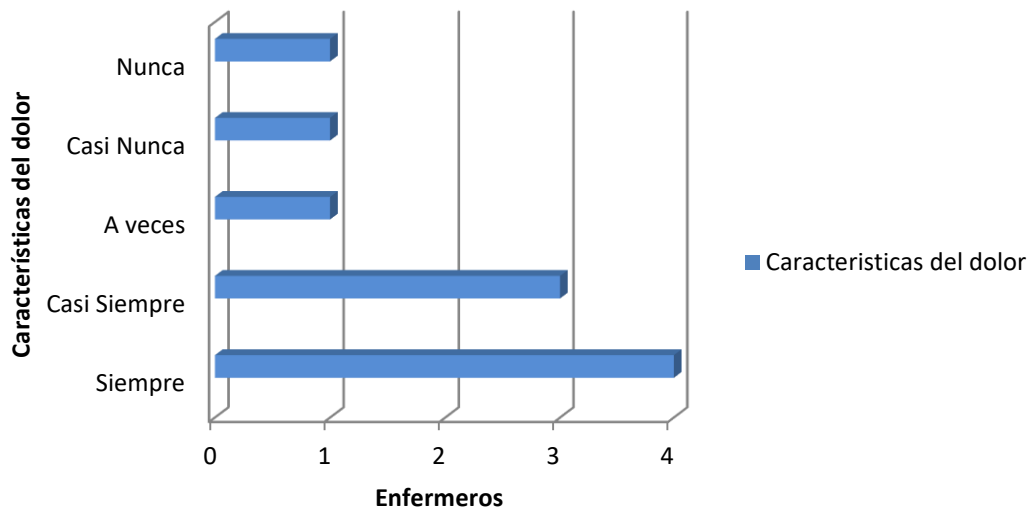


Figura N2. Distribución de los enfermeros según si preguntan por las características del dolor a los pacientes de forma interesada y atenta, San José, Costa Rica, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

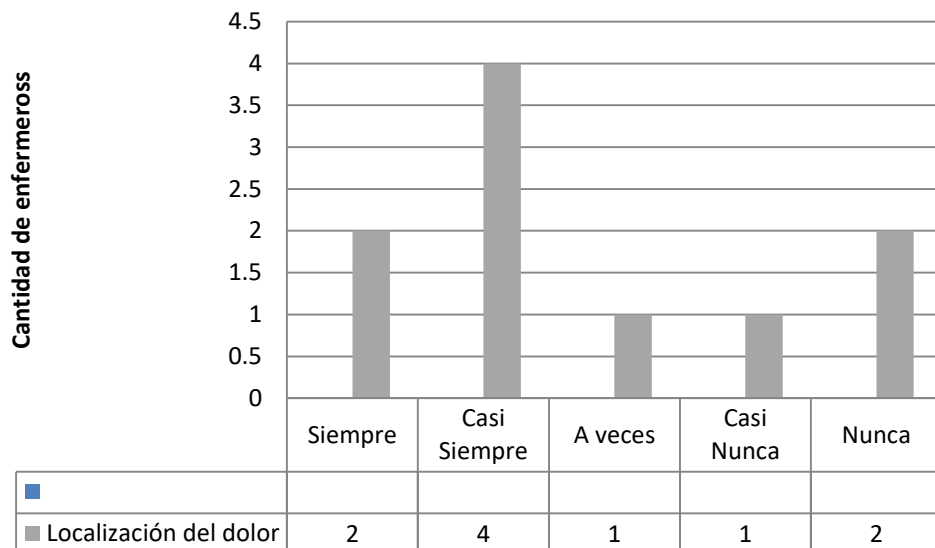


Figura N3. Distribución de los enfermeros según la frecuencia con que palpan o localiza el área anatómica referida por el paciente, San José, Costa Rica, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

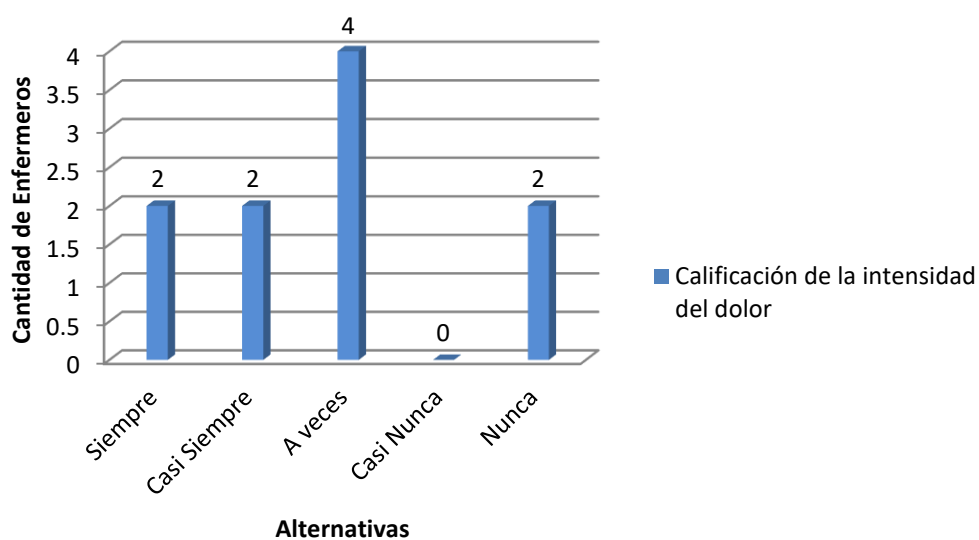


Figura N4. Distribución de los enfermeros evaluados según la anuencia de permitir que el usuario evalúe la intensidad del dolor, San José, Costa Rica, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

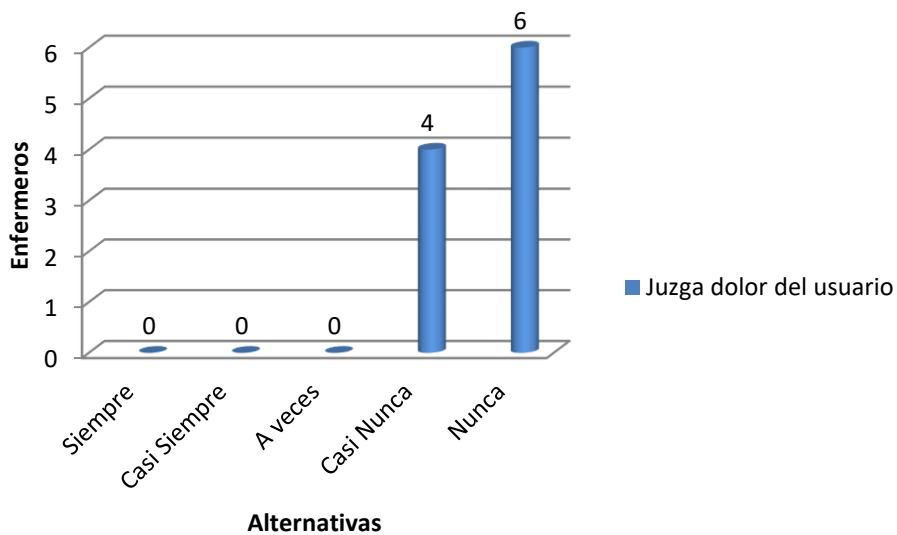
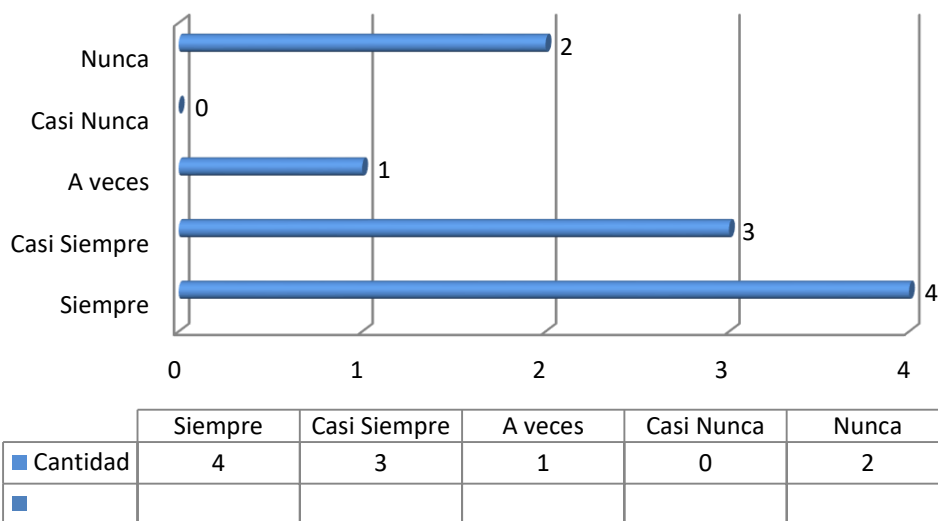


Figura N5: Distribución de los enfermeros evaluados si juzgan el dolor del paciente con frases “poco empáticas”, San José, Costa Rica, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.



Aplicación de analgésicos

Figura N6: Distribución de los enfermeros evaluados según la aplicación correcta de analgésicos prescritos por el médico, San José, Costa Rica, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

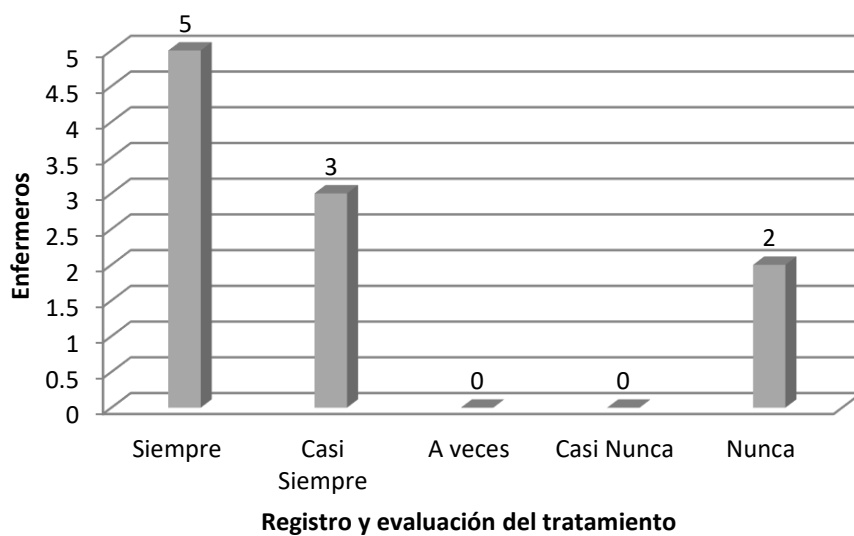


Figura N7. Distribución de los enfermeros según la evaluación y registro de la respuesta que tiene el tratamiento, San José, Costa Rica, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

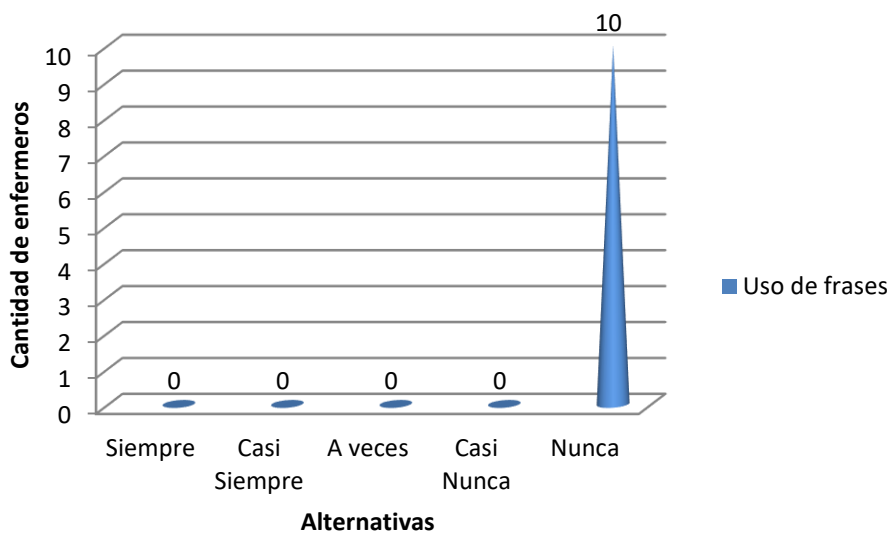


Figura N8. Distribución de los enfermeros según la frecuencia con que refieren frases “poco empáticas” al dolor del paciente, San José, Costa Rica, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

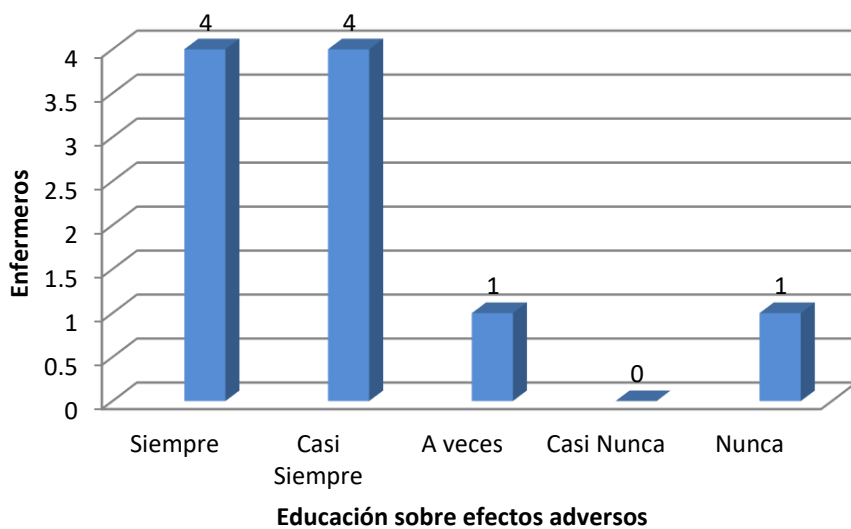
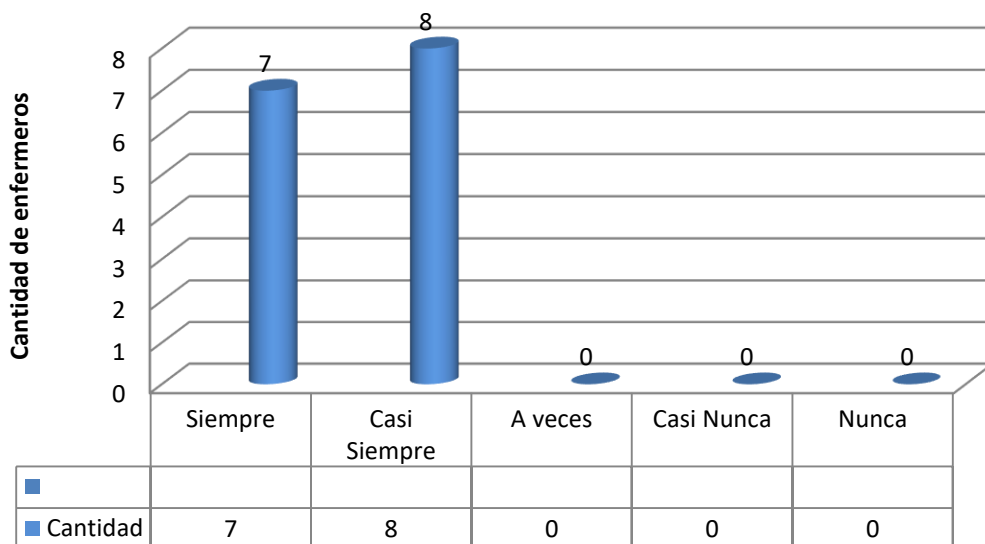


Figura N9. Agrupación de los enfermeros evaluados según educación a los pacientes sobre los efectos adversos de los medicamentos, San José, Costa Rica, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.



Reduce el estímulo doloroso

Figura N10. Distribución de los enfermeros evaluados según la ayuda no farmacológica brindada para reducir el estímulo doloroso del paciente, San José, Costa Rica, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

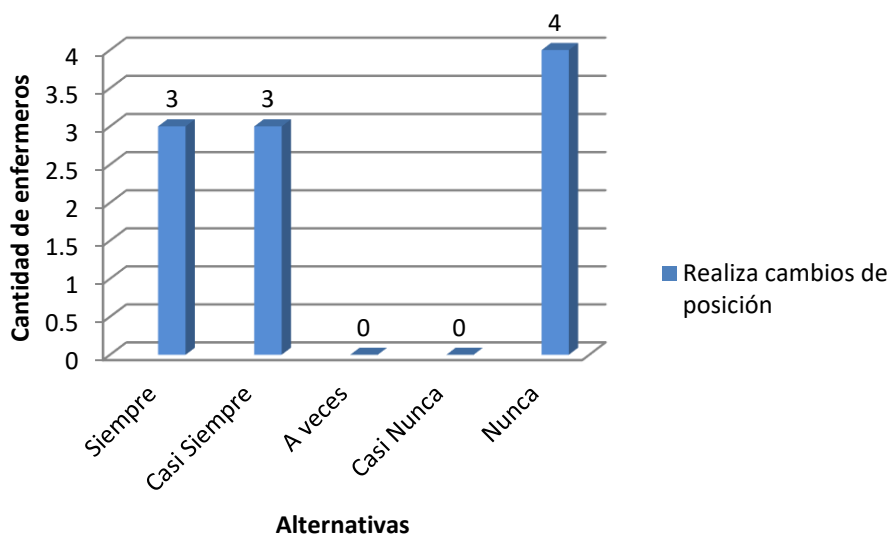


Figura N11. Distribución de los enfermeros según la frecuencia con que brindan cambios de posición a los pacientes encamados, San José, Costa Rica, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

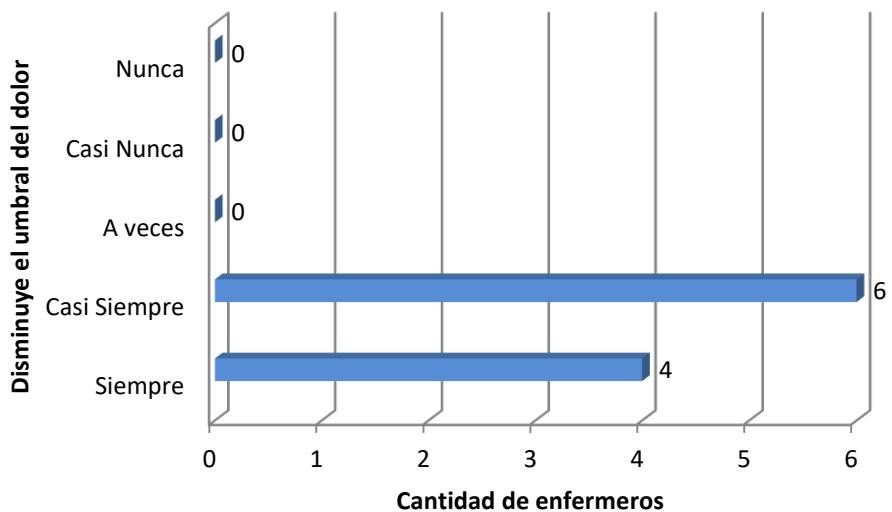


Figura N12. Distribución de los enfermeros según el uso de factores que disminuyen el umbral del dolor, San José, Costa Rica, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

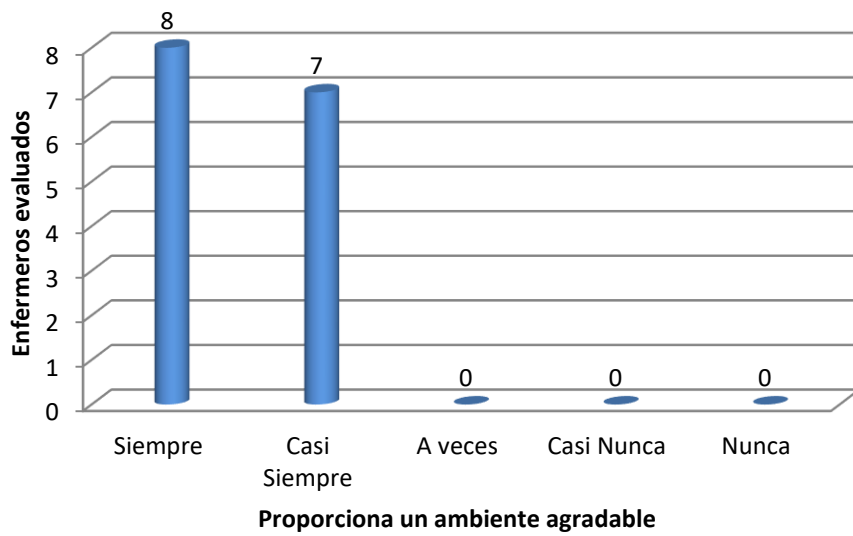


Figura N13. Distribución de los enfermeros según la frecuencia con que proporcionan un ambiente agradable en la visita, San José, Costa Rica, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

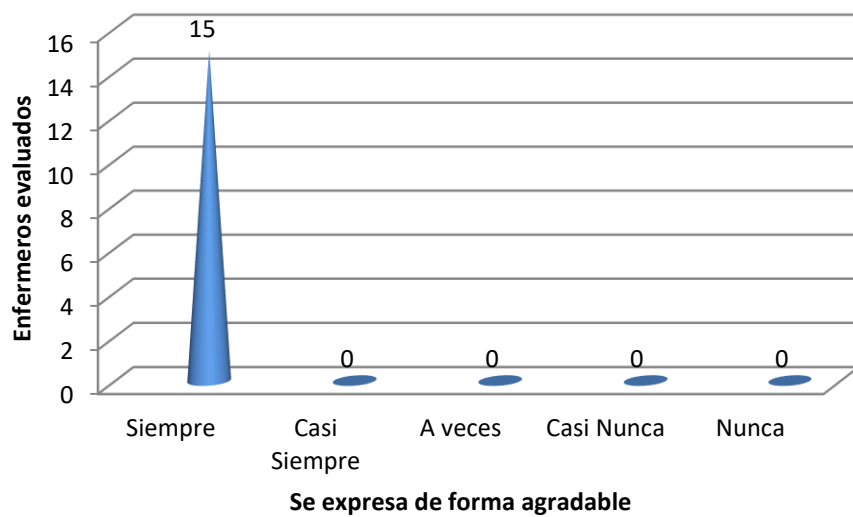
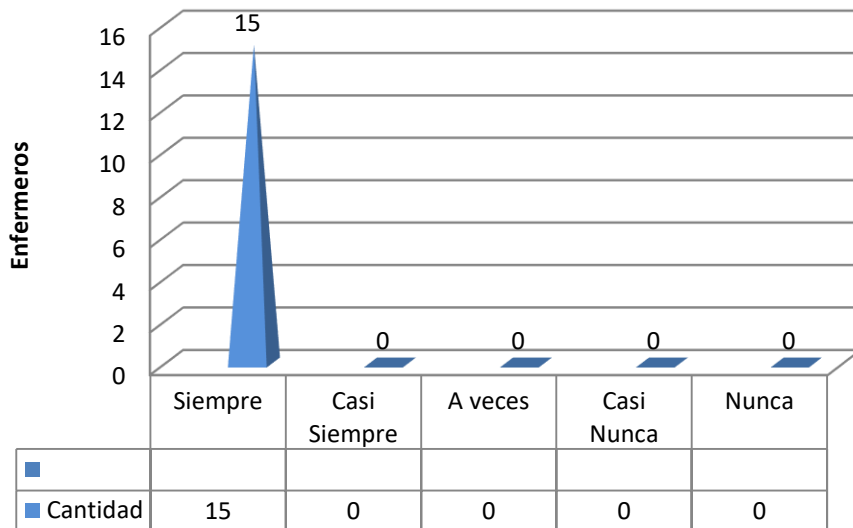


Figura N14. Distribución de los enfermeros según la frecuencia con que se expresan de forma agradable durante las visitas, San José, Costa Rica, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.



Empatía de los enfermeros

Figura N15. Distribución de los enfermeros según la frecuencia con que se muestran empáticos durante las visitas, San José, Costa Rica, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

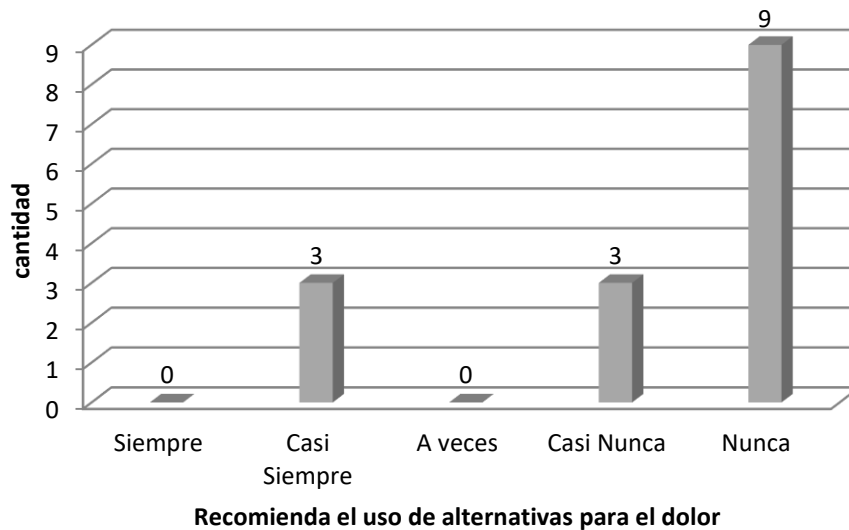


Figura N16. Distribución de los enfermeros según la frecuencia con que recomiendan el uso de alternativas no farmacológicas para aliviar el dolor, San José, Costa Rica, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

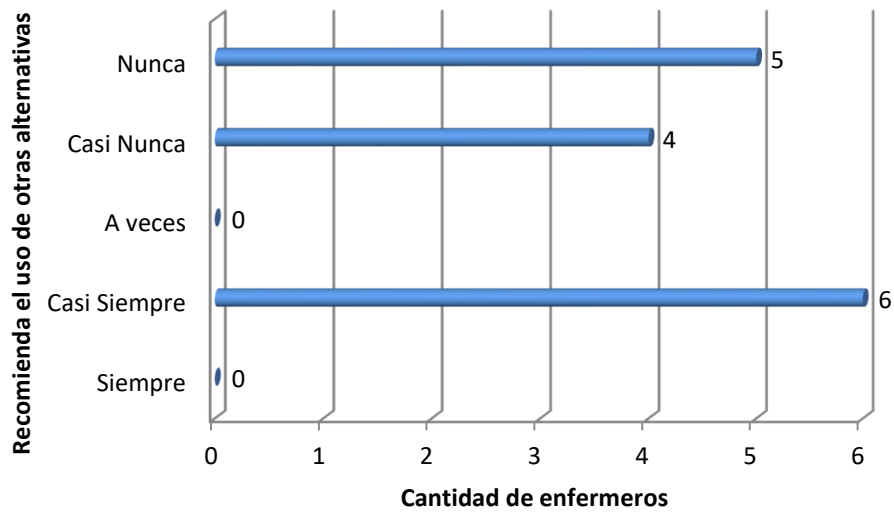


Figura N17. Distribución de los enfermeros evaluados según la frecuencia con que recomiendan otras alternativas lúdicas para el manejo del dolor, San José, Costa Rica, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Declaración Jurada

Declaración Jurada

DECLARACIÓN JURADA

Yo ANGELLI PAOLA MORALES ALFARO, cédula de identidad número 1-1502-0471, en condición de egresado de la carrera de Enfermería de la Universidad Hispanoamericana, y advierto de las penas con las que la ley castiga el falso testimonio y el perjuicio, declaro bajo la fe del juramento de un dejo rendido en este acto, que mi trabajo de graduación, para optar por el título de licenciatura titulado “Intervención del profesional de enfermería en el manejo del dolor físico en pacientes de 30 a 70 años según su estilo de vida en la comunidad de Higuito de Desamparados, durante el III cuatrimestre del 2018” es una obra original y para su realización he respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derechos de Autor y Derechos Conexos, número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; especialmente el mineral 70 de esa ley en el que se establece: “Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor en la obra original.” Asimismo, que conozco y acepto que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. Firmo en fe de lo anterior, en la ciudad de San José, el día 16 de agosto del 2018.



Angelli Paola Morales Alfaro

Carta del tutor

Jueves 16 de agosto, 2018

Msc. Vanessa Aguilar Zeledon
Enfermería
Universidad Hispanoamericana

Estimada señora

La estudiante **Angelly Morales Alfaro**, cedula 1 1502 0471, me ha presentado para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado **INTERVENCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL DOLOR FÍSICO EN PACIENTES DE 30 a 70 AÑOS SEGÚN SU ESTILO DE VIDA EN LA COMUNIDAD DE HIGUITO DE DESAMPARADOS**, el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura.

En mi calidad de tutora, he verificado que se han incluido las observaciones y hecho las correcciones indicadas, durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación, antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos, conclusiones y recomendaciones.

Los resultados obtenidos por el postulante implican la siguiente calificación

a) Original del tema	10%	9
b) Cumplimiento de entrega de avances	20%	18
c) Coherencia entre los objetivos, los instrumentos aplicados y los resultados de la investigación	30%	27
d) Relevancia de las conclusiones y recomendaciones	20%	18
e) Calidad y detalle del Marco Teórico	20%	20
Total	100%	92

Por consiguiente, se avala el traslado de la tesis al proceso de lectura.

Atentamente



Msc. Keyla Palma Delgado
Cedula 1 0958 0134
EE-6891

Carta del Lector

CARTA DEL LECTOR

San José, 08 de octubre de 2018

Máster Vanessa Aguilar
Directora Carrera Enfermería
Universidad Hispanoamericana

Estimada señora:

La estudiante ANGELLI PAOLA MORALES ALFARO, cédula 1-1502-0471, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: INTERVENCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL DOLOR FÍSICO EN PACIENTES DE 30 a 70 AÑOS SEGÚN SU ESTILO DE VIDA EN LA COMUNIDAD DE HIGUITO DE DESAMPARADOS. El cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

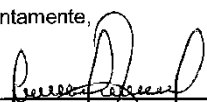
En mi calidad de lectora metodológica, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de lectoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por el postulante, se obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	8
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	20
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	25
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	19
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEÓRICO	20%	19
	TOTAL		91

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al filólogo

Atentamente,


Licda. Pilar Acosta Rojas
Cédula Identidad 2-0650-0038
Carné Colegio Profesional E-9104

Carta del Filologo

San José, 12 de octubre, 2018

MSc. Vanessa Aguilar Zeledón

Directora de la Escuela de Enfermería a.i.

Universidad Hispanoamericana, Sede Aranjuez

Leí y corregí el Trabajo Final de Graduación: “Intervención del profesional de Enfermería en el manejo del dolor físico en pacientes de 30 a 70 años según su estilo de vida en la comunidad de Higuito de Desamparados”, elaborado por la estudiante Angelli Paola Morales Alfaro, cédula 1-1502-0471, para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

Corregí el trabajo en aspectos, tales como: construcción de párrafos, vicios del lenguaje que se trasladan a lo escrito, ortografía, puntuación y otros relacionados con el campo filológico, y desde ese punto de vista considero que está listo para ser presentado como Trabajo Final de Graduación, por cuanto cumple con los requisitos establecidos por la Universidad Hispanoamericana.

Atentamente,



MSc. Edgar Rojas González

Carné 2443

Teléfono: 88822158

Correo: edgarrojasg27@gmail.com