

# Trabajo de Fin de Grado

## Curso 2016/17



**Universidad de Valladolid**

**Facultad de Enfermería**

**GRADO EN ENFERMERÍA**

# **ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON DOLOR**

**Autor/a: Ángela Almudí Gil**

**Tutor/a: José Luis Viaña Caballero**

# RESUMEN

El dolor agudo puede considerarse beneficioso cuando sirve como alarma para anunciar de la existencia de un problema en nuestro cuerpo. Sin embargo, cuando se cronifica produce discapacidades, limitaciones y dependencia en todos los ámbitos de la persona: familia, trabajo y sociedad. Además, origina sentimientos pesimistas que repercuten directamente en su calidad de vida.

Debido a su difícil abordaje y a su elevada prevalencia y gasto sanitario, es motivo de investigaciones continuas.

La individualización y la humanización del dolor ha sido uno de los progresos más notables en lo que al cuidado de los pacientes con dolor se refiere.

Se considera la experiencia de dolor como un resultado de las interacciones que existen entre la dimensión sensorial - discriminativa, motivacional - afectiva y cognitivo - evaluativa; por lo tanto, para manejar el dolor de un modo pleno, es muy importante tratar al paciente de una manera global, integral, teniendo en cuenta, además de la farmacoterapia, los aspectos psicológicos que este causa.

En el plan de cuidados, las propuestas van dirigidas a mejorar la calidad de vida de estos pacientes. El apoyo familiar y social no deja de ser importante para un buen manejo del dolor.

Palabras clave: “dolor”, “variables psicológicas”, “enfermería”, “cuidados”.

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS.....	3
METODOLOGÍA.....	3
DESARROLLO DEL TEMA.....	4
CLASIFICACIÓN Y VALORACIÓN.....	4
AFRONTAMIENTO, CONSECUENCIAS DEL DOLOR.....	7
ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA: TÉCNICAS.....	10
PLAN DE CUIDADOS DE UN PACIENTE CON DOLOR CRÓNICO .....	13
DISCUSIÓN.....	19
CONCLUSIONES .....	20
BIBLIOGRAFÍA.....	21
ANEXOS .....	25

# ÍNDICE DE TABLAS

Figura 1: Escalera del dolor de la OMS. Fuente: Diagnostrum, 2016 .....	25
Figura 2: EVA. Fuente: Iaria, Diciembre, 2012.....	26
Figura 3: EN. Fuente: Iaria, Diciembre, 2012 .....	26
Figura 4: Cuestionario del Dolor de McGill. Fuente: Elsevier, Julio, 2014.....	27
Figura 5: Escala de Caras de Wong – Baker. Fuente: Sociedad Española de Urgencias Pediátricas.....	27
Figura 6: Escala de Karnofsky Fuente: Iaria, Diciembre, 2012.....	28

# INTRODUCCIÓN

La experiencia de dolor surge de la relación e interacción de varios factores, destacando aquellos que tienen que ver con la fisiología y la genética, pero sin olvidar los económicos, científicos, emocionales, sociales y familiares.

Una gran parte de la búsqueda de ayuda en las consultas médicas están causadas por el dolor.

Según la definición de la IASP (International Association for the Study of Pain), se entiende por dolor como una "experiencia sensorial y emocional desagradable que se asocia a una lesión histórica presente o potencial o que es descrita en términos de esta lesión". Con esta definición, se excluye la consideración de dolor como algo meramente biológico o sensorial, adquiriendo una gran importancia la subjetividad del paciente y por lo tanto entrando en juego los componentes psicológicos, tomando un papel central para su tratamiento <sup>(1)</sup>.

Los métodos psicológicos para poder evaluar el dolor nos facilitan información sobre aspectos de este fenómeno: características del dolor, duración e intensidad del mismo, aspectos conductuales, como la personalidad premórbida, emocionales y cognitivos. Los datos que reunamos servirán para poder guiar el tratamiento hacia unas determinadas técnicas terapéuticas y así evaluar la eficacia del mismo <sup>(2)</sup>.

El principal dato para evaluar el dolor es lo que el paciente transmite. El nivel de dolor de cada paciente es variable y se vincula con la percepción subjetiva y el estado de ánimo. La percepción depende, entre otros aspectos, del significado que cada paciente atribuye al dolor <sup>(3)</sup>.

Para tratar el dolor se debe realizar una visión holística del mismo, es decir, abordarlo de una manera multidisciplinar ya que en la experiencia del dolor influyen muchos factores: nivel cultural, autoeficacia (personas que son capaces de aceptar y afrontar su propio dolor), apoyo social, experiencias pasadas, pensamientos catastrofistas, edad, sexo, expectativas... <sup>(4)</sup>

Cuando un paciente tiene dolor crónico, le genera una serie de sentimientos negativos: ira, ansiedad, preocupación, impotencia... ya que dependiendo del grado de dolor le puede invalidar más o menos para realizar sus actividades diarias, ya que afecta a

determinados ámbitos de su calidad de vida. Esto sin olvidar que en señaladas ocasiones es difícil abordar un tratamiento efectivo para el dolor y produce aún más sentimientos de desazón e intranquilidad <sup>(5)</sup> <sup>(6)</sup>.

El personal de enfermería deberá observar y realizar una valoración crítica del dolor. Existen determinadas técnicas no farmacológicas, con las que podemos ayudar a paliar, en la medida de lo posible, esta sensación desagradable. Estas actividades, además, son de bajo riesgo para el paciente: distracción, estimulación cutánea y masajes, relajación, controlar la respiración... <sup>(4)</sup>

Además de todo esto, mostrar empatía hacia el paciente y mantener una buena comunicación con él, tanto verbal como no verbal, ha resultado ser positivo para llevar a cabo todas las destrezas psicológicas <sup>(7)</sup>.

# OBJETIVOS

- General: comprender la experiencia del dolor del paciente destacando la importancia de los aspectos psicológicos para emplear métodos de control del dolor.
- Específico:
  - o Realizar un plan de cuidados encaminado a solucionar la ansiedad desde el punto de vista psicológico.
  - o Realizar un plan de cuidados encaminado a solucionar el insomnio desde el punto de vista psicológico.

# METODOLOGÍA

He realizado una revisión bibliográfica sobre el dolor, su evaluación y valoración. He buscado información acerca de las consecuencias que produce el dolor crónico y cómo podemos ayudar a mejorarlas desde el punto de vista de enfermería; para ello he recurrido a buscar esta información en revistas y páginas webs.

También he buscado información en SciELO y Google Académico.

Para realizar el plan de cuidados he utilizado la aplicación NNNconsult.

La búsqueda ha sido realizada principalmente en español y en ocasiones en inglés, y ha sido realizada durante los últimos tres meses.

# DESARROLLO DEL TEMA

El dolor se define como una desagradable experiencia, sensorial y emocional, que se asocia a una lesión real o potencial de los tejidos o que se describe en función de dicha lesión. Es siempre subjetivo, ya que puede ser o no proporcional a la magnitud del daño, influyen la edad, el sexo, comorbilidad... y lo que no debemos olvidar nunca es que “si el paciente dice que le duele, es que le duele”.

Integra dos componentes:

- Sensorial: transmisión del impulso nociceptivo hasta el córtex somato – sensorial.
- Emocional: transmisión del impulso nociceptivo hasta áreas límbicas<sup>(8)</sup>.

## CLASIFICACIÓN Y VALORACIÓN

Para poder abordar de una manera más efectiva el dolor, lo catalogamos según su localización, duración, intensidad, patogenia, curso y lugar de origen.

### Localización

La clasificación del dolor según su topografía abarca cualquier tipo de dolor desde la cabeza hasta las extremidades inferiores: dolor de cabeza, cara y boca, de cuello, en extremidades superiores, tórax, abdomen, región pélvica y lumbar, sacro y cóccix, en extremidades inferiores, zona genital, anal o perianal y dolor generalizado.

### Duración

Diferenciamos entre dolor agudo y crónico. El dolor agudo es aquel dolor que se encuentra limitado en el tiempo, entre 3 y 6 meses, y que remite cuando la lesión se cura o desaparece; se presenta de manera aguda, tiene una causa conocida/tratable, con mecanismo generador unifactorial y conducta psicológica irrelevante. El objetivo final es la curación. Por el contrario, el dolor crónico es aquel que supera los 6 meses, a pesar de que la causa que lo originó haya remitido; se presenta de manera súbita o repentina y la causa que lo produce es incierta, por lo que tiene difícil tratamiento. Su mecanismo generador es plurifactorial y el objetivo final es la readaptación.

## Intensidad

La intensidad está directamente relacionada con el umbral del dolor, que es la experiencia mínima de dolor que puede reconocer un individuo, y varía de unas personas a otras. Lo clasificamos en leve, donde se pueden realizar las actividades diarias o habituales; moderado, el que puede interferir o impedir realizar ciertas actividades usuales; y el severo, aquel que interfiere con el descanso.

Respecto al umbral, se pueden distinguir varios tipos:

- Alodinia: el umbral está más bajo.
- Hiperalgnesia: el umbral se encuentra dentro de la normalidad, pero la respuesta es mayor (percepción).
- Hiperpatía: el umbral del dolor está más alto y la percepción está aumentada.
- Hipoalgnesia: aumenta el umbral, disminuye la percepción.

## Patogenia

Diferenciamos dolor nociceptivo, neuropático y psicógeno. El dolor nociceptivo es la respuesta a un daño tisular y la duración y la intensidad dependen de la modulación de las señales de lesión. Se divide en somático y visceral. Por su parte, el dolor neuropático es la consecuencia de un daño o lesión del sistema nervioso, es decir, un funcionamiento irregular de los mecanismos de información – transmisión. Este tipo de dolor puede ser disestésico o neurálgico. Aquí también se incluye el fenómeno de miembro fantasma. Y, por último, el dolor psicógeno, es aquel que resulta de un problema psíquico, y que por lo tanto no se debe a factores o alteraciones orgánicas.

## Curso

Podemos hablar de dolor continuo y episódico. El dolor continuo es aquel que está presente a lo largo del día y que se suele controlar ajustando la dosis de fármacos, de forma progresiva, para evitar efectos indeseables; el dolor episódico es un dolor más intenso que se sobreañade al basal, de aparición rápida e intensidad severa, con difícil control con medicación de fondo (excesiva sedación del paciente o un aumento exagerado de los efectos adversos). Este, a su vez, se divide en dos tipos: un dolor incidental, que se relaciona fácilmente con un factor causal conocido y predecible y que puede ser voluntario o no voluntario, y un dolor irruptivo, exacerbaciones sobre el dolor crónico



aceptablemente controlado. No es esperado, es involuntario y además no es previsible, con una duración media de 30 minutos y altamente incapacitante o limitante.

### Lugar de origen

Dolor somático y visceral. El dolor somático es aquel que se va a producir por una estimulación anómala de los nociceptores somáticos superficiales (dolor cutáneo) o profundos (dolor en huesos, tendones, músculos...). Es un dolor localizado y de inicio insidioso; el dolor visceral, es el producido en las vísceras y órganos del cuerpo. Dolor difuso, con inicio progresivo y continuo. Puede llegar a irradiarse hacia zonas alejadas del lugar de inicio <sup>(9)</sup> <sup>(10)</sup>.

### *Valoración:*

La forma más eficaz evaluar el dolor es preguntar al paciente. Las escalas ideales de evaluación del dolor deben ser sencillas, concisas, con mínima variación interpersonal, tienen que cuantificar el dolor y proporcionar información para aplicar un tratamiento u otro.

Idealmente las escalas deberían ser utilizadas, al menos, cada 4 horas, respetando el sueño, en todos los pacientes que se encuentren ingresados y más asiduamente en los que refieren dolor, para así poder valorar y evaluar la respuesta al tratamiento <sup>(3)</sup>.

Para evaluar el dolor de una persona, es importante recurrir a la evaluación PQRST<sup>1</sup>.

Las escalas de valoración del dolor, nos permiten realizar una medición aproximada de la intensidad del dolor, y así cuantificar la sensación subjetiva del dolor por parte de la persona.

Consideraciones importantes a la hora de evaluar el dolor:

- Explicar tanto al paciente como a la familia la eficacia de evaluar de una manera continua los síntomas que presenta.
- Valorar el estado cognitivo del paciente y su deseo de colaborar.
- Dejar puntuar al paciente sin interrumpir ni prejuzgar.

---

<sup>1</sup> Ver anexo I

- Cerciorarnos de que el paciente entiende perfectamente todos los puntos que le estamos preguntando, por lo tanto, adecuar el lenguaje a su nivel cultural.

Para tratar el dolor, se recurre a la escalera analgésica de la OMS, que es un método secuencial farmacológico que tiene como objetivo lograr el bienestar del paciente suprimiendo el dolor<sup>2</sup>.

Las herramientas utilizadas actualmente para valorar el dolor son diversas y dispares, entre las que podemos destacar, la Escala Visual Analógica (EVA)<sup>3</sup>, Escala Numérica (EN)<sup>4</sup> y Cuestionario del dolor de McGill<sup>5</sup>, Escala de caras<sup>6</sup>, Escala de Luesher<sup>7</sup>.

Para valorar la capacidad del paciente para realizar las actividades cotidianas se utiliza la Escala de valoración funcional de Karnofsky<sup>8 (11)</sup>.

## **AFRONTAMIENTO, CONSECUENCIAS DEL DOLOR**

Las personas utilizan una serie de estrategias para disminuir el impacto que tiene el dolor en su vida diaria<sup>(12)</sup>.

Debida a la importancia de valorar y evaluar las diferentes maneras con las que las personas afrontan el dolor, en los últimos años se han desarrollado diversas herramientas para evaluar esta dimensión<sup>(13)</sup>.

Estas estrategias se evalúan a partir del cuestionario de afrontamiento del dolor (CAD). Este cuestionario va dirigido a la población con dolor crónico y es autoadministrado. Consta de 31 ítems, subdivididos en 6 subescalas. La persona va respondiendo a cada opción y la puntuación es:

- Totalmente en desacuerdo: 0.
- Más en desacuerdo que de acuerdo: 1.
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo: 2.
- Más de acuerdo que en desacuerdo: 3.
- Totalmente de acuerdo: 4<sup>(14)</sup>.

---

<sup>2</sup> Ver anexo II

<sup>3</sup> Ver anexo III

<sup>4</sup> Ver anexo IV

<sup>5</sup> Ver anexo V

<sup>6</sup> Ver anexo VI

<sup>7</sup> Ver anexo VII

<sup>8</sup> Ver anexo VIII

Las estrategias las clasificamos en:

- Estrategias activas: técnicas utilizadas por los pacientes para manejar el dolor a pesar de que este continúe (ejercicio, planificación...).
- Estrategias pasivas: el paciente asigna el dolor a una fuente externa (inactividad...).
- Estrategias cognitivas: contribuyen a reducir el dolor a través del pensamiento (humor, distracciones...).
- Estrategias conductuales: consiste en cambiar conductas, como quedarse en la cama, pasear...
- Estrategias evitativas: alejar la atención de la fuente de estrés, abstraerse.
- Estrategias intencionales: centrar la atención directamente en la fuente de estrés. Al contrario que las evitativas.
- Estrategias acomodativas: realizan autoevaluaciones personales en relación con los déficits que han percibido <sup>(1)</sup>.

Debido a que el dolor posee un fuerte componente afectivo, este va a producir emociones negativas. Las principales y más comunes son la depresión, la ira y la ansiedad, pero se pueden producir otras que están directamente relacionadas, como la desesperanza, el miedo, preocupación, insomnio...

Estas emociones se pueden producir en cualquier etapa del dolor, tanto en su origen, como en el mantenimiento y exacerbación <sup>(3)</sup>.

Existen determinadas escalas para poder valorar estas emociones:

- Depresión: Escala de Beck (diagnosticar síntomas depresivos y poder cuantificar su magnitud)<sup>9</sup> y la Escala de Hamilton (evaluar la intensidad de la depresión) <sup>(15)</sup>.
- Ansiedad: Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton (identificar el grado de ansiedad del paciente)<sup>10 (16)</sup>.
- Ira: no existe como tal ninguna escala para valorar esta emoción, pero se puede utilizar en su caso la Escala de Valoración del Estado de Ánimo (EVEA) <sup>(17)</sup>.
- Insomnio: Índice de Gravedad del Insomnio e Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (hábitos de sueño durante el último mes) <sup>(18)</sup>.

---

<sup>9</sup> Ver anexo IX

<sup>10</sup> Ver anexo X

Como ya he dicho, el dolor depende de muchos factores, por lo que las emociones que este produzca también.

### **Ansiedad y dolor crónico:**

Diversos estudios sobre este tema revelan que tener una sintomatología ansiosa es frecuente en personas con dolor crónico y que, a día de hoy, la ansiedad está vinculada con la intensidad del dolor.

Personas con una ansiedad continua van a ser más susceptibles de un incremento notorio de la tensión muscular, de diversas alteraciones en el sistema nervioso autónomo y una mayor percepción de estímulos dolorosos, aunque el estímulo doloroso haya remitido.

Las personas que padecen dolor crónico presentan niveles más elevados de ansiedad y una mayor incidencia de trastornos de ansiedad que el resto de la población.

Una hipótesis muestra cómo la ansiedad se puede considerar como parte integral de una reacción de estrés ante este estímulo doloroso, y por lo tanto facilitar la percepción del dolor y minimizando los niveles de tolerancia, mientras que otra hipótesis considera que cuanto mayor es el nivel de ansiedad, el dolor se percibe como algo más desagradable e intenso.

### **Depresión y dolor crónico:**

A lo largo del tiempo han surgido muchas hipótesis respecto a este tema, entre las que podemos destacar: la depresión como consecuencia del dolor crónico y la depresión como asociación de marcadores biológicos (ciertas características biológicas y procesos neuroquímicos parecidos).

Un ejemplo de todas las hipótesis y modelos que se han desarrollado es el Modelo Biológico, en el que proponen que tanto el dolor crónico como la depresión aparecen de manera paralela.

Variables como la satisfacción y el apoyo familiar influyen favorablemente en la intensidad del dolor y en los estados emocionales como la depresión.

### **Ira y dolor crónico:**

La ira es la emoción negativa más contemplada en pacientes con dolor, y aun así es la menos estudiada.

La frustración, la impotencia, la limitada información respecto sobre la causa del dolor, los fracasos terapéuticos en busca de soluciones hacen que los pacientes incrementen sus sentimientos de ira.

Algunas hipótesis sostienen que cambios en el sistema inmunológico pueden producir dolor, ya que la ira podría desactivar los opiáceos endógenos y por lo tanto bloquear las defensas contra el dolor; otras argumentan que la ira es resultado de los efectos de la depresión y/o ausencia de apoyo social <sup>(1)</sup>.

## **ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA: TÉCNICAS**

Debido al elevado componente psicológico que acompaña al dolor crónico, enfermería posee un papel imprescindible en el conocimiento de los mecanismos que originan este dolor, la forma en la que este dolor interfiere en la vida del paciente y las diferentes intervenciones alternativas a los medicamentos, ya que, como ya se sabe, son el método más potente que se tiene hoy en día para recurrir al dolor, pero no es el único. Durante los últimos años, el uso de terapias complementarias para el tratamiento del dolor crónico, sobre todo del oncológico, ha tomado fuerza <sup>(19)</sup> <sup>(6)</sup>.

Estas terapias, además de mejorar síntomas y signos, valoran una visión holística del estado de salud.

Hay que tener en cuenta que estas actividades no sustituyen a los medicamentos y se utilizan junto con la medicina convencional, pero que pueden ser de gran utilidad para periodos cortos de dolor <sup>(6)</sup>.

Los tratamientos no farmacológicos deberían ser la primera elección para el tratamiento del dolor crónico. Sin embargo, habitualmente, se utilizan para complementar a los tratamientos farmacológicos y aumentar la eficacia de estos <sup>(19)</sup>.

Entre estas técnicas destacamos:

- Musicoterapia: es el uso de la música y/o sus elementos musicales con el objeto de restaurar o mantener la salud mental y/o física de la persona. La música puede ser un importante factor dentro de las experiencias psicológicas ya que puede controlar la atención (distrayendo del dolor), la conducta (refuerzo de una conducta aprendida), la cognición, la emoción y la comunicación (promoviendo las interacciones no verbales y las relaciones interpersonales). La intervención de musicoterapia aumenta la motivación y el humor, y refuerza la percepción de autocontrol y responsabilidad <sup>(20)</sup>.
- Terapia cognitivo - conductual: es una forma de intervención psicoterapéutica en la que predomina la disposición cognitiva, el fomento de una alianza terapéutica colaborativa y disciplinas conductuales y emocionales asociadas mediante un encuadre organizado. Es decir, es una terapia que está dirigida fundamentalmente a manejar los pensamientos, emociones y conductas que agravan su dolor y/o sufrimiento <sup>(21)</sup>.
- Programa de psicoeducación: educación que se ofrece a los pacientes con el fin de que comprendan y sean capaces de manejar la enfermedad que presentan. Se refuerzan las fortalezas y las habilidades del paciente para que pueda hacer frente a su enfermedad, y así colaborar con su propia salud y bienestar. La teoría es, que cuanto mejor conozca el paciente su enfermedad, mejor podrá vivir con su circunstancia <sup>(22)</sup>.
- Intervenciones grupales: evita el aislamiento de la persona y favorece las relaciones interpersonales y la expresión de emociones y el uso de estrategias de afrontamiento activo.
- Imaginería guiada: es una técnica de relajación basada en la visualización de imágenes gratas y la conciencia del propio cuerpo <sup>(22) (23)</sup>.
- Relajación: tiene sus bases en la idea de que el dolor produce tensión, esta ansiedad, y esta a su vez produce dolor. A través de la relajación se consigue una reducción de la actividad adrenérgica y una elevación de la actividad parasimpática que ayudan a disminuir la ansiedad, la tensión y de una manera indirecta, el dolor.
- Mindfulness: se trata de aceptar el presente y la situación que está sucediendo tal y como es. Se puede parecer a la terapia de la meditación <sup>(21)</sup>.
- Acupuntura: consiste en insertar agujas en diversas zonas del organismo para así alterar las sensaciones dolorosas que llegan al sistema nervioso central por medio

de las vías aferentes, o bien liberar diversas sustancias endógenas como oxitocina, esteroides y endorfinas <sup>(24)</sup>.

- Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS): es un tipo de corriente alterna que se ha utilizado como método terapéutico en la disminución del dolor, primordialmente del sistema neuromusculoesquelético. Esta estimulación es impulsada por un generador electrónico que radia pulsos de baja frecuencia e intensidad a la superficie sobre la que actúa, y estos a su vez son transmitidos por un par de electrodos <sup>(25)</sup> <sup>(26)</sup>.
- Otras: hipnosis, hidroterapia, aplicación de calor y frío, cambios posturales <sup>(22)</sup> <sup>(23)</sup>.

# **PLAN DE CUIDADOS DE UN PACIENTE CON DOLOR CRÓNICO**

A pesar de mi corta experiencia, he podido comprobar cómo los pacientes ingresados que presentan dolor crónico experimentan sentimientos de ansiedad. Este sentimiento, unido a otros factores, va a ser el responsable de que estos pacientes tengan dificultades para conciliar el sueño o para mantenerlo el mínimo de horas recomendadas, por lo que van a sufrir insomnio. A continuación, presento un plan de cuidados encaminado a resolver la ansiedad y el insomnio.

## **DIÁGNÓSTICO: 00146 ANSIEDAD**

*Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés; clase:2: respuestas de afrontamiento.*

Características definitorias:

- Angustia.
- Aprensión.
- Aumento de la desconfianza.
- Irritabilidad.
- Nerviosismo.
- Sufrimiento.
- Bloqueo de pensamientos.

Factores relacionados:

- Amenaza de muerte.
- Necesidades no satisfechas.

## **NOC: 1211 NIVEL DE ANSIEDAD**

Indicadores:

- Desasosiego (121101).
- Impaciencia (12110).
- Inquietud (121105).
- Explosiones de ira (121110).
- Aprensión verbalizada (121115).



- Ansiedad verbalizada (121116).

#### NIC: 5820 DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD

##### Actividades:

- Emplear una orientación serena que transmita seguridad.
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.
- Escuchar con atención.
- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Animar al paciente a que exprese sus sentimientos, percepciones y miedos.
- Identificar y reconocer los cambios en el nivel de ansiedad.
- Formar al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.
- Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.

#### NIC: 5870 APOYO EMOCIONAL

##### Actividades:

- Comentar la experiencia sensorial con el paciente.
- Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.
- Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo.
- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
- Otorgar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las etapas del duelo.
- Fomentar la conversación o el llanto como medio para disminuir la respuesta emocional.
- Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.

#### NIC: 4640 AYUDA PARA EL CONTROL DEL ENFADO

##### Actividades:

- Establecer una compenetración y relación de confianza básicas con el paciente.
- Animar al paciente a que busque ayuda por parte del personal de enfermería y otras personas responsables durante los periodos en que aumente la tensión.

- Proporcionar una retroalimentación sobre el comportamiento para ayudar al paciente a reconocer el enfado.
- Instruir al paciente sobre las medidas que proporcionen tranquilidad (descansos y respiraciones profundas).
- Enseñar métodos para modular la experiencia de la emoción intensa (técnicas de relajación...).

#### NIC: 5900 DISTRACCIÓN

##### Actividades:

- Animar al individuo a que elija la técnica de distracción que prefiera, como música, participar en una conversación, evocar un suceso positivo, centrarse en una fotografía o un objeto neutro, imaginación dirigida o el humor, o bien ejercicios de respiración profunda.
- Enseñar al paciente los beneficios de estimular y activar varios sentidos.
- Fomentar la participación de la familia y los allegados y enseñarles, si fuera oportuno.
- Identificar con el paciente una lista de actividades que le proporcionen placer.
- Evaluar y registrar la respuesta a la distracción.

#### NIC: 4400 MUSICOTERAPIA

##### Actividades:

- Determinar el interés del individuo por la música.
- Comunicar al individuo del propósito de la experiencia musical.
- Limitar los estímulos extraños (por ejemplo, luces, sonidos, visitantes, llamadas telefónicas) durante la experiencia de escucha.
- Facilitar la participación activa del individuo, si lo desea y es viable dentro de la situación.

#### NIC: 6049 TERAPIA DE RELAJACIÓN

##### Actividades:

- Describir el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles.
- Determinar si alguna intervención de relajación ha resultado útil en el pasado.

- Proporcionar una descripción minuciosa de la intervención de relajación elegida.
- Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable, cuando sea posible.
- Inducir conductas que estén condicionadas para producir relajación, como respiración profunda, bostezos, respiración abdominal e imágenes de paz.
- Utilizar un tono de voz suave, diciendo las palabras lenta y rítmicamente.
- Mostrar y practicar la técnica de relajación con el paciente.
- Promover la repetición o práctica frecuente de las técnicas seleccionadas.
- Evaluar y registrar la respuesta a la terapia de relajación.

### **NOC: 1402 AUTOCONTROL DE LA ANSIEDAD**

Indicadores:

- Reduce los estímulos ambientales cuando está ansioso (140203).
- Planea estrategias de superación efectivas (140206).
- Usa técnicas de relajación para reducir la ansiedad (140207).

### **NIC: 5230 MEJORAR EL AFRONTAMIENTO**

Actividades:

- Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo.
- Fomenta las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.
- Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva.
- Utilizar un enfoque sereno, tranquilizador.
- Proporcionar un ambiente de aceptación.
- Animar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia.
- Comparar los sentimientos ambivalentes del paciente (enfado o depresión).
- Favorecer situaciones que fomenten la autonomía de paciente.
- Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.
- Valorar las necesidades/deseos del paciente de apoyo social.
- Ayudar al paciente a soportar el duelo y superar las pérdidas causadas por la enfermedad y/o capacidad crónicas, si es el caso.
- Ayudar al paciente a clarificar los conceptos erróneos.

### **NIC 5380: POTENCIACIÓN DE LA SEGURIDAD**

Actividades:

- Mostrar calma.
- Pasar tiempo con el paciente.
- Ayudar al paciente a utilizar las respuestas de afrontamiento usuales.

### **DIAGNÓSTICO: 00095 INSOMNIO**

*Dominio 4: Actividad/reposo; clase 1: sueño, descanso, tranquilidad o inactividad.*

Características definitorias:

- Cambios de humor.
- Cambios en el patrón del sueño.
- Energía insuficiente.
- Estado de salud comprometido.
- Ansiedad.
- Depresión.
- Factores estresantes.
- Malestar físico.

### **NOC: 0004 SUEÑO**

Indicadores:

- Horas de sueño (401).
- Patrón del sueño (403).
- Calidad del sueño (404).
- Sueño interrumpido (406).
- Dolor (425).

### **NIC: 1850 MEJORA DEL SUEÑO**

Actividades:

- Delimitar el patrón de sueño/vigilia del paciente.
- Incluir el ciclo regular de sueño/vigilia del paciente en la planificación de cuidados.
- Observar/registrar el patrón y número de horas de sueño del paciente.

- Comprobar el patrón de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas y/o psicológicas (miedo ansiedad) que interrumpen.
- Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura...) para favorecer el sueño.
- Ayudar a suprimir las situaciones estresantes antes e irse a la cama.
- Iniciar/llevar a cabo medidas agradables: masajes, colocación y contacto afectuoso.
- Agrupar las tareas de cuidados para minimizar el número de despertares; permitir ciclos de sueño de al menos 90 minutos.
- Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño.

### NIC: 1400 MANEJO DEL DOLOR

#### Actividades:

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes.
- Observar signos no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse convenientemente.
- Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y exponer la aceptación de la respuesta del paciente al dolor.
- Analizar el conocimiento y las creencias del paciente sobre el dolor.
- Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida.
- Valorar, con el paciente y el equipo de cuidados, la eficacia de las medidas pasadas de manejo del dolor que se haya utilizado.
- Considerar el tipo y la fuente del dolor al seleccionar una estrategia de calma del mismo.
- Adiestrar sobre el uso de técnicas no farmacológicas (retroalimentación, estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, hipnosis, relajación, capacidad de imaginación guiada, musicoterapia, distracción, terapia de juegos, terapia de actividad, acupresión, aplicación de calor/frío y masajes) antes, después y, si fuera posible, durante las actividades dolorosas; antes de que se produzca el dolor o de que se eleve, y junto con las otras medidas de alivio del dolor.
- Emplear un enfoque multidisciplinario para el manejo del dolor, cuando corresponda <sup>(27)</sup>.

# DISCUSIÓN

Enfermería es quien más contacto tiene con el paciente que sufre dolor. Este contacto continuo le proporciona a enfermería los instrumentos necesarios para abordarlo y tratarlo de una manera más humana y sensible, determinar el impacto que el dolor produce tanto en él como en su círculo social y utilizar los recursos y conocimientos de los que dispone de una manera adecuada para aliviar su dolor.

Es importante saber que el dolor no es evitable, pero sí que lo podemos reconocer y por lo tanto tratar de un modo apropiado; sin embargo, nos acostumbramos a percibir las quejas de los pacientes como algo normal y lógico de su proceso de enfermedad <sup>(28)</sup> <sup>(19)</sup>.

## CONCLUSIONES

Si el tratamiento farmacológico ayuda a mejorar el dolor, los cuidados de enfermería ayudan a aceptar y manejar esta enfermedad, mejorando la calidad de vida de estos pacientes. Dentro de estos cuidados, las terapias psicológicas pueden reducir el uso de fármacos para el tratamiento del dolor, así como una implicación y un autocontrol de su enfermedad por parte del paciente.

Será competencia de enfermería la inclusión de las personas con dolor dentro del ámbito familiar, social y laboral, fomentando el autocuidado en la medida en que este sea posible.

Será importante para el futuro que los profesionales sanitarios se sigan educando y formando, más allá de terminar los estudios de grado, ya que dentro del ámbito de la salud, todo está en continuo cambio, y por lo tanto de la forma de abordar los problemas de salud pueden mejorar<sup>(19) (29)</sup>.

# BIBLIOGRAFÍA

1. Truyols Taberner MM, Pérez Pareja J, Medina Amorós MM, Palmer Pol A, sesé Abad A. Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor crónico. *Clínica y Salud*. 2008 Enero/Diciembre; 19(3).
2. Salamanca Ud. Catedradeldolor. [Online].; 2000 [cited 2017 Abril 11. Available from: <http://www.catedradeldolor.com/PDFs/Cursos/Tema%203.pdf>.
3. Pardo C, Muñoz T, Chamorro C, Grupo de Trabajo de Analgesia y Sedación. Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. *Medicina Intensiva*. 2006 Noviembre ; 30(8).
4. Psiquiatría.com. [Online].; 1995 [cited 2017 Abril 11. Available from: <http://www.psiquiatria.com/psicosomatica/aspectos-psicologicos-del-dolor/#>.
5. Lic Bravo A. Slideshare. [Online].; 2010 [cited 2017 Abril 12. Available from: [https://es.slideshare.net/maur\\_jmp/cuidados-de-enfermeriaenelpacientecondolor](https://es.slideshare.net/maur_jmp/cuidados-de-enfermeriaenelpacientecondolor).
6. Enfermería. [Online].; 2012 [cited 2017 Abril 11. Available from: <http://enfermeria2011-ruormacaos.blogspot.com.es/2012/06/manejo-del-dolor.html>.
7. Vanegas de Ahogado BC, Calderón Perilla AY, Lara Suárez PM, Forero Archbold A, Marín Ariza DA, Celis Rincón A. Experiencias de profesionales de enfermería en terapias alternativas y complementarias aplicadas a personas en situaciones de dolor. *Bdigital*. 2014; 26(1).
8. SED. Manual de Medicina del Dolor. 1st ed.: PANAMERICANA; 2016.
9. Puebla Díaz F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor iatrogénico. *Oncología*. 2005 Marzo; 28(9).
- 10 Dolopedia. [Online]. [cited 2017 Abril 17. Available from: <http://dolopedia.com/articulos>.



- 11 Iaria.com. [Online]. [cited 2017 Abril 25. Available from: <http://www.1aria.com/docs/sections/areaDolor/escalasValoracion/EscalasValoracionDolor.pdf>.
- 12 Dolor.com. [Online]. [cited 2017 Abril 25. Available from: <https://www.dolor.com/aspectos-psicologicos-dolor.html>.
- 13 Validación del cuestionario de afrontamiento al dolor crónico reducido (CAD-R). Revista de la Sociedad Española del Dolor. 2004 Octubre/Noviembre; 11(7).
- 14 San Bartolomé Gutiérrez J. Valoración y análisis de las estrategias de afrontamiento de los enfermos oncológicos con dolor crónico. Revista Enfermería CyL. 2014; 6(2).
- 15 Guiasalud.es. [Online].; 2002 [cited 2017 Mayo 2. Available from: <http://www.guiasalud.es/egpc/depresion>.
- 16 hvn.es. [Online]. [cited 2017 Mayo 2. Available from: [http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/escala\\_de\\_ansiedad\\_de\\_hamilton.pdf](http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/escala_de_ansiedad_de_hamilton.pdf).
- 17 del Pino-Sedeño T, Peñate Castro W, Bethencourt Pérez JM. La escala de valoración del estado de ánimo. Dialnet. 2010; 36(153 - 154).
- 18 Guiasalud.es. [Online]. [cited 2017 Mayo 2. Available from: <http://www.guiasalud.es/egpc/insomnio/completa/documentos/anexos/anexo6.pdf>.
- 19 Montealegre Gómez D. RETOS PARA ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE PERSONAS CON DOLOR: UNA FORMA DE HUMANIZACIÓN. Revistacuidarte. 2014 Abril 2; 5(1).
- 20 Martí-Augé P, Mercadal-Brotos M, Solé-Resano C. La Musicoterapia en Oncología. ScienceDirect. 2015 Noviembre/Diciembre; 14.
- 21 Jenny M, Casado MI. Clínica y Salud. 2011 Marzo; 22(1).

- 22 Castillo Bueno M, Moreno Pina J, Martínez Puente M, Atilés Suárez M, Company Sancho M, García Andrés M, et al. Murciasalud.es. [Online].; 2010 [cited 2017 Mayo 6. Available from: <http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/210889-RS-DOLOR-CRONICO-ESPANOL.pdf>.
- 23 Drug.com. [Online]. [cited 2017 Mayo 6. Available from: [https://www.drugs.com/cg\\_esp/terapias-no-farmacol%C3%B3gicas-para-el-manejo-del-dolor-en-adultos.html](https://www.drugs.com/cg_esp/terapias-no-farmacol%C3%B3gicas-para-el-manejo-del-dolor-en-adultos.html).
- 24 Martínez Sánchez LM, Martínez Domínguez GI, Gallego González D, Vallejo Agudelo EO, Lopera Valle JS, Vargas Grisales N, et al. Uso de terapias alternativas, desafío actual en el manejo del dolor. Revista de la Sociedad Española del Dolor. 2014 Octubre/Noviembre; 21(6).
- 25 Sabag-Ruiz E, Osuna-Berna J, Brito-Zurita OR, Gómez-Alcalá AV, Ornelas-Aguirre JM. Medigraphic.com. [Online].; 2009 [cited 2017 Mayo 8. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2009/im0941.pdf>.
- 26 Consejos y recomendaciones para pacientes. Revista de la sociedad Española del Dolor. .
- 27 Elsevier. NNNconsult. [Online]. [cited 2017 Mayo 2. Available from: <https://www.nnnconsult.com/>.
- 28 RO, Martín DC. Onmeda.es. [Online].; 2012 [cited 2017 Mayo 10. Available from: <http://www.onmeda.es/enfermedades/dolor-evolucion-1659-10.html>.
- 29 Monje N. tomasalud.com. [Online].; 2016 [cited 2017 Mayo 13. Available from: <http://tomasalud.com/archivos/8120>.
- 30 Gómez Sancho M, Jorge A. GA. Dolor y sufrimiento al final de la vida: Ará Ediciones, S.L.; 2006.
- 31 Gómez DA. Diagnostrum.com. [Online].; 2016 [cited 2017 Mayo 15. Available from: <http://blog.diagnostrum.com/2016/03/14/escalera-analgésica-de-la-oms/>.

- 32 José Cid C, Juan Pablo Acuña B, Javier de Andrés A, Luis Díaz J, Leticia Gómez-Carro A. ¿Qué y cómo evaluar al paciente con dolor crónico? evaluación del paciente con dolor crónico. Elsevier. 2014 Julio 4; 24(4).
- 33 Valoración y tratamiento del dolor en urgencias pediátricas. Sociedad Española de Urgencias Pediátricas. .
- 34 SED. [Online]. [cited 2017 Mayo 15. Available from: <http://www.plandolor.grupoaran.com/pdfs/CAPITULO3.pdf>.
- 35 Tratamiento ansiedad-depresión. [Online]. [cited 2017 Mayo 17. Available from: <http://tratamiento-ansiedad-depresion.com/test-depresion.html>.

# ANEXOS

## ANEXO I – EVALUACIÓN PQRST

P: “Palliative – Provocative”. ¿Qué es lo que le provoca el dolor? ¿Qué es lo que lo aumenta o lo disminuye?

Q: “Quality”. Calidad del dolor. A qué se parece, forma de iniciarse y descripción.

R: “Radiation”. Nos permite conocer si el dolor que se está produciendo se queda fijo o si bien se irradia hacia alguna otra zona.

S: “Severity”. Intensidad del dolor.

T: “Temporal”. Dolor continuo o intermitente; en qué momento del día le duele más; si mejora o empeora con las comidas y si le duele más en alguna posición concreta: tumbado, sentado, de pie, caminando...

Hay que dejar que el enfermo se exprese, lo no dicho también es fundamental.

Es importante conocer también si este dolor ha repercutido en su estilo de vida<sup>(30)</sup>.

## ANEXO II: ESCALA ANALGÉSICA DE LA OMS

Explica un protocolo de tratamiento y control del dolor.

El manejo del dolor y la progresión de los distintos escalones sería gradual y dependiente de la intensidad el dolor.

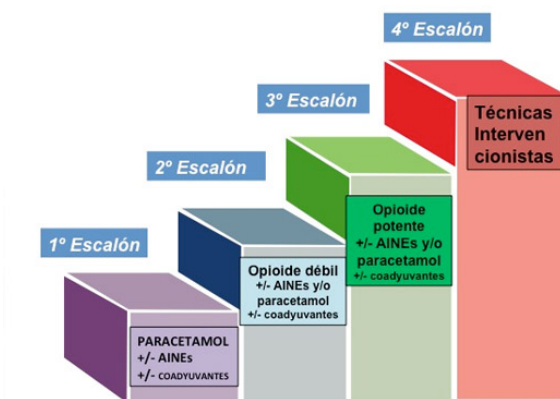


Figura 1: Escalera del dolor de la OMS. Fuente: Diagnostrum, 2016<sup>(31)</sup>

### ANEXO III: ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)

Permite valorar el dolor del paciente. Consta de una línea recta horizontal en el que a la izquierda se sitúa la menor intensidad del dolor y a la derecha la máxima. Se le pide al paciente que marque con un punto en la línea su percepción del dolor.



Figura 2: EVA. Fuente: Iaria, Diciembre, 2012

### ANEXO IV: ESCALA NUMÉRICA (EN)

Es una escala numerada del 1-10, donde 0 es la ausencia de dolor y 10 la mayor intensidad. El paciente indica el número que mejor evalúa su dolor. Es el más simple y el más utilizado.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin dolor										Máximo dolor

Figura 3: EN. Fuente: Iaria, Diciembre, 2012 <sup>(11)</sup>

### ANEXO V: CUESTIONARIO DEL DOLOR DE MCGILL

Valora aspectos cuantitativos y cualitativos del dolor, como son localización, cualidad, propiedades temporales e intensidad.

Es uno de los cuestionarios de dolor más usados en la actualidad. Indaga también en las esferas sensorial y afectiva. A los pacientes se les pide que seleccionen un adjetivo de cada 20 subclases de grupos de adjetivos. Cada palabra se vincula a una puntuación específica. Es muy práctico para distinguir pacientes psiquiátricos de aquellos que no lo son.

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ AM/PM

PRI: S \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ E \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ PRI(T) \_\_\_\_\_ PPI \_\_\_\_\_  
 (1-10) (11-15) (16) (17-20) (1-20)

1 TITILANTE _____ TREPIDANTE _____ PULSÁTIL _____ SORDO _____ BATIENTE _____ TRITURANTE _____	11 AGOTADOR _____ EXTENUANTE _____	BREVE _____ MOMENTÁNEO _____ TRANSITORIO _____	RÍTMICO _____ PERIÓDICO _____ INTERMITENTE _____	CONTINUO _____ SOSTENIDO _____ CONSTANTE _____
2 SALTÓN _____ CENTELLEANTE _____ FULGURANTE _____	12 ENFERMANTE _____ SOFOCANTE _____			
3 PRURÍTICO _____ TEBREBRANTE _____ MALADRANTE _____ PUNZANTE _____ LANCINANTE _____	13 AMENAZADOR _____ ALARMANTE _____ ATERRADOR _____			
4 AGUDO _____ CORTANTE _____ LACERANTE _____	14 PUNITIVO _____ FATIGANTE _____ CRUEL _____ MALIGNO _____ ASESINO _____			
5 PELLIZCANTE _____ OPRESIVO _____ MORDICANTE _____ RETORTIJÓN _____ TRITURANTE _____	15 FUNESTO _____ CEGANTE _____			
6 DE TRACCIÓN _____ TIRANTE _____ DE TORCEDURA _____	16 FASTIDIOSO _____ PENOSO _____ ATROZ _____ INTENSO _____ INSOPORTABLE _____			
7 CALIENTE _____ QUEMANTE _____ HIRVIENTE _____ ARDIENTE _____	17 QUE SE EXTIENDE _____ REFERIDO _____ PENETRANTE _____ PERFORANTE _____			
8 HORMIGUEANTE _____ PICANTE _____ PENETRANTE _____ PINCHAZO O PIC _____	18 APRETADO _____ ADORMECIENTE _____ DE ESTIRAMIENTO _____ COM O QUE EXP _____ DESGARRADOR _____			
9 SORDO _____ INFLAMATORIO _____ MOLESTO _____ REDOLOR _____ AGOBIANTE _____	19 FRÍO _____ HELANTE _____ CONGELANTE _____			
10 EXQUISITO _____ TIRANTE _____ IRRITANTE _____ HENDIENTE O _____ TAJANTE _____	20 MOLESTO _____ NAUSEOSO _____ AGÓNICO _____ ATEMORIZANTE _____ TORTURANTE _____			

Figura 4: Cuestionario del Dolor de McGill. Fuente: Elsevier, Julio, 2014 <sup>(32)</sup>

## ANEXO VI: ESCALA DE CARAS DE WONG - BAKER

Se trata de elegir la cara que mejor represente la intensidad de su dolor. Es útil en niños mayores de 3 años.



Figura 5: Escala de Caras de Wong – Baker. Fuente: Sociedad Española de Urgencias Pediátricas <sup>(33)</sup>

## ANEXO VII: ESCALA DE LUESHER

Es un test que consiste en una serie de tonalidades de grises, que van desde el blanco hasta el negro, con luminosidad creciente. El blanco simboliza el bienestar y el negro el dolor. Se le pide al paciente que indique el color que más se adapte a su dolor. Después se le pregunta que color le gusta más y cual menos. El blanco indica confianza, esperanza y colaboración, mientras que el negro indica pesimismo, negación y desmoralización; los grises claros indican disminución de la actividad y los grises oscuros indican pasividad o apatía. Por lo tanto, este test también nos sirve para evaluar el estado de ánimo del paciente<sup>(34)</sup>.

## ANEXO VIII: ESCALA DE VALORACIÓN FUNCIONAL DE KARNOFSKY

Permite medir la capacidad que tiene el paciente para realizar sus actividades habituales diarias, por lo tanto, es un predictor de mortalidad.

### Escala de Karnofsky

Asintomático Sin evidencia de enfermedad	100
Capaz de realizar actividad normal Signos o síntomas menores de enfermedad	90
Actividad normal con esfuerzo Algunos síntomas o signos de enfermedad	80
Incapaz de realizar actividad normal o trabajar Se vale por sí mismo	70
Asistencia ocasional. Se hace cargo de la mayoría de sus necesidades	60
Considerable asistencia; frecuentes cuidados médicos	50
Imposibilitado. Requiere cuidados especiales y asistencia	40
Gravemente imposibilitado La hospitalización está indicada aunque la muerte no es inminente	30
Muy enfermo. Precisa hospitalización Requiere tratamiento de soporte activo	20
Moribundo	10
Éxito	0

Figura 6: Escala de Karnofsky Fuente: Iaria, Diciembre, 2012<sup>(11)</sup>

## ANEXO IX: ESCALA DE BECK

Es un cuestionario autoadministrativo que consta de 21 ítems que permite medir la severidad de la depresión.

Una puntuación de 17 o más puede indicar que necesite ponerse en manos de un profesional<sup>(15) (35)</sup>.

## ANEXO X: ESCALA DE VALORACIÓN DE LA ANSIEDAD DE HAMILTON

Se trata de una escala realizada por el profesional sanitario. Se puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando intensidad y frecuencia.

Permite distinguir entre ansiedad psíquica y somática.

Puede ser sensible a las variaciones en el tiempo o tras recibir tratamiento<sup>(16)</sup>.