



## REFLEXIONES - ENSAYOS

### EL DOLOR. UN CUIDADO.

#### THE PAIN. A CARE.

**\*Cometto, M<sup>a</sup> Cristina**

\*Lcda. en Enfermería. Profesora de la Escuela de Enfermería de la F. C. M. de la Universidad Nacional de Córdoba. Argentina.

Palabras clave: dolor, cuidado.

Key words: pain, care.

Esta presentación forma parte de un trabajo que hace varios años realizamos un grupo de profesionales de diferentes disciplinas convocados por el Dr. Federico Buonanotte, neurólogo apasionado por la temática del "dolor". El enfoque que acostumbramos a dar a tal aspecto es multidisciplinar, convencidos que cada uno tiene algo especial por hacer, por cuidar, por tratar o por enseñar a la persona que sufre de dolor. Es por eso, que este grupo está constituido por médicos, enfermeras, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas

Después de esta pequeña introducción, haré mi reflexión, sin no antes agradecer la oportunidad de compartir la experiencia, en pos de una temática tan importante, para dar el aporte desde la enfermería al paciente que padece dolor.

Lo primero sobre lo que quisiera reflexionar es que, nosotras las enfermeras, generalmente tenemos una actitud de subestimar el dolor, y esto según mi experiencia se puede relacionar con varios factores determinantes, entre los cuales se pueden citar:

□ *Los relacionados con nuestra propia formación:* si uno explora en busca de esta temática en los currículum de las diferentes instituciones formadoras de la disciplina, puede observar que no hay espacios tan nítidos, distinguidos para el estudio del dolor, no se enseña el dolor como tal, sino como una de las respuestas humanas en una lista de tantas otras a algún hecho en particular, como sería: hipotensión, dolor, sangrado, disminución del sodio sérico, etc. Y no pocas veces se lo relaciona solamente con un problema de índole de tratamiento farmacológico, con lo cual no sería ya competencia disciplinar, sino médica.

□ *Los relacionados con la vida cotidiana, con las costumbres.* Hay varios mitos alrededor del dolor, creencias que se repiten y transmiten de boca en boca, de generación en generación; a modo de ejemplo citaremos: "es normal que le duela, toda cirugía duele", "no puede ser

que le duela tanto, si esta cirugía no duele casi”, ante estas frases escuchadas a menudo surgen las preguntas: ¿es el equipo de salud el responsable de la génesis del dolor y no hay disponibilidad de tratamiento para eso? ¿Qué significa que duela poco o mucho? ¿Quién es el único que puede juzgar su dolor? ¿Por qué no creemos en el que dice que le duele? ¿Como creará él en nosotros?

Existen otras creencias tales como: “dale un calmante así no se queja más”, “siempre se queja, es su personalidad” “se queja para llamar la atención”, al escuchar estas frases se generan preguntas: ¿Acaso si no se queja es sinónimo de que no nos moleste? ¿queremos decir que hay personalidades que deben sufrir el dolor?

Hay fuertes creencias religiosas o de la propia vida, de la cultura, que hacen que las personas conceptualicen el sufrimiento de una manera o de otra, y entonces parte del éxito de cuidar a alguien que dice que tiene dolor, es empezar a creer que lo que dice es cierto.

□ Otro aspecto que se relaciona también es que dentro del equipo de salud hay una tendencia a subvalorar el dolor del que lo padece y pegar directamente a tratamiento del dolor, sólo con la administración farmacológica de drogas, y si ello no da resultado positivo, aparecen entonces esos momentos tan difíciles que se viven entre un paciente que dice “me duele” y un equipo de salud que sigue sin poder aclarar que el dolor es solo como dice la persona que lo siente.

□ Otra relación y como última, es el paradigma imperante de atención, el paradigma sobre el que se apoya y funcionan los sistemas de salud y sus modelos de atención, con alto perfil biologicista, con una función medicalizada que hace muchos esfuerzos por acercar un aire fresco de antropología cultural al cuidado, pero que aún es paternalista y sin el usuario como eje del sistema.

Por todo lo dicho y ante este panorama, es importante destacar que como profesionales de la enfermería *no podemos juzgar la veracidad* de la experiencia dolorosa, debemos *sí valorarla*. Esto creo que es una bisagra en la atención de enfermería, si es que orientamos nuestro modelo de cuidado a ayudar y cuidar a una persona doliente. Debemos tratar de valorar al sujeto dolorido pensando que: “...ha perdido la comodidad, está ansioso e irritable, taquicárdico, taquipneico, fatigado o anoréxico, no confortable, con calambres y temblores, nervios, con náuseas y vómitos....POR DOLOR”. Es así, que al realizar la valoración se tratan de describir todos los signos y síntomas que son los indicadores de un diagnóstico de enfermería cuya causa es el dolor.

Además, no podemos olvidar, *que mitigar el dolor*, es hacer el bien, que esta conducta responde a un principio ético: *beneficencia*, por lo tanto, *calmar o disminuir el dolor a otros* es una conducta moral, un imperativo ético y una responsabilidad profesional.

Si el modelo de atención que impera en el cuidado es el de Virginia Henderson, en la primera etapa de construcción del proceso de atención de enfermería se deberá realizar la valoración según las catorce necesidades, para identificar las manifestaciones y problemas del paciente y la familia; y que ese momento se convierta en una investigación del sujeto y de su contexto total, a fin de poder diseñar un plan de intervención con acciones propias en relación a la valoración del dolor, al cuidado del medio ambiente, de la posición, de los masajes, de la comunicación. Y también de acciones interdependientes que estarán relacionadas con la administración de analgésicos para ayudar a tal situación, aspecto que no será abordado en esta oportunidad, que es de singular importancia para evitar los eventos adversos que esta practica condiciona.

Otro aspecto al que deseo referirme ya al finalizar, es el efecto de la comunicación. Hay varias investigaciones que avalan que como método no farmacológico para mitigar el dolor se encuentra la comunicación como una estrategia de la aplicación de la teoría de la distracción; como también, hay contraparte en otros trabajos que demuestran que el dolor luego de ser atenuado por el fenómeno de la comunicación resulta perceptiblemente mayor o peor, a causa de que el paciente toma conciencia verdadera del mismo. La aplicación de la misma se basa en el supuesto de que el dolor tenga un importante componente psicológico en el cual la cantidad de atención dirigida al estímulo nocivo modula la percepción del dolor. Por todo lo dicho es de singular importancia aquí reconocer y traer a los planes de intervención de las enfermeras el Modelo de atención H. Peplau, en donde se hace relevante la comunicación enferma-paciente. Según Peplau, la enfermera debe ser capaz de entender su propia conducta para ayudar a otros a identificar cuáles son sus dificultades y tener como base los principios de las relaciones humanas para atender los problemas que surjan en cualquier nivel de experiencia. Este modelo se centra en los conceptos de la estructura del proceso interpersonal, que constituyen las bases para la relación paciente-enfermera, para lo cual, la autora identifica cuatro fases en el proceso de la relación:

1. *Primera fase: Orientación.* Aquí el sujeto de cuidado tiene una necesidad no satisfecha, y la enfermera lo ayuda a reconocer y entender su problema y a determinar cuál ayuda necesita. El papel que cumple el profesional de enfermería es de “extraño”, ya que no se conocen, por lo que el paciente debe ser tratado con la cortesía de la presentación.
2. *Segunda fase: Identificación.* En este momento, el paciente inicia la identificación de aquellos que le pueden brindar ayuda para satisfacer sus necesidades. La enfermera/aquí cumple el papel de “a quién recurrir” y determina preguntas y respuestas adecuadas.
3. *Tercera fase: Explotación* El sujeto-paciente va a tomar todo lo que se le ofrece para poder alcanzar objetivos y planear nuevos. El personal de enfermería puede cumplir papel “docente”, “sustituto”, “conductor”. En esta fase se dan relaciones de dependencia, independencia e interdependencia.
4. *Cuarta fase: Resolución.* El paciente siente liberación de su identificación y necesidad de ayuda. Se cumplieron los objetivos previstos. Aquí surge el papel de enfermería de “asesoramiento”.

A modo de conclusión deseo destacar que habrá algunas veces que el tratamiento parezca inútil, que toda ayuda es insuficiente, que los medicamentos no dan alivio, aun en ese momento, siempre queda algo por hacer, la intervención mejor quizás por parte de la enfermera es ofrecer al paciente dolorido la presencia terapéutica, su palabra o su silencio, el contacto físico, su cuidado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Andreoli,R.G and Thompson,C.E. 1987).*The nature of science in nursing*. Image, 9(2):32-37

2. Casanovas Segarra, M. (2000) *La valoración del dolor por los profesionales de Enfermería*. Impacto en el tratamiento y bienestar del paciente. Enfermería Clínica. España.
3. Consejo Internacional de Enfermeras CIE. (2000). *Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería*. CH. Ginebra Suiza.
4. Ferrer Perez, A. (1993) *El west yale multidimensional pain quiestionnaire*: un instrumento para evaluar al paciente con dolor crónico. Dolor. (4).
5. Jacox, A.; Carr, D y Payne, R. (1994) *Management of cancer pain*. Clinical Practice Guideline Nº 9. Public Health Service. U.S.
6. Martínez Ripol, P. y Ribeda Canida, M. (2003) *La medición del dolor*. Servicio de anestesiología. Unidad de dolor. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. [www.acmcb.es/PAGES/ACADEM/VIDAACAD/](http://www.acmcb.es/PAGES/ACADEM/VIDAACAD/)
7. Peplau, Hildegard E. *Teorías de Enfermería de nivel medio. Enfermería psicodinámica* 1998
8. Pérez, -Cajaraville<sup>1</sup>, D. Abejón<sup>2</sup>, J. R. Ortiz (2005) *El dolor y su tratamiento a través de la historia* Rev. Soc. Esp. Dolor<sup>12</sup>: 373-384.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia