

**Trabajo Original**

**Equipo de salud, sentimientos y manejo del dolor: Reflejos de un modelo.**

**A health team. feelings, and management of pain: Reflections of a model.**

**Lic. Carmen G. Collao Aviles<sup>1</sup>**

1. Licenciada en Enfermería. En Enfermería Máster en Bioética.

**RESUMEN**

El niño que es hospitalizado, independiente de la causa que origine la internación, va a sentir dolor, ya sea, por los procedimientos médicos o de enfermería que puedan ser dolorosos. Para buscar estrategias docentes que permitan afianzar los aspectos positivos de esta temática y modificar los negativos se realizó este trabajo como resultado de la recopilación de las opiniones que emiten los alumnos de la primera promoción de licenciados en Enfermería de la Universidad de Antofagasta, sobre el manejo del dolor, especialmente en el niño, y que hace, al respecto, el equipo de salud del Hospital Regional de Antofagasta. Se obtuvo que el modelo que reflejan los profesionales a los estudiantes, no expresan siempre una conducta coherente, oportuna y equitativa, con la experiencia de dolor que vive el paciente. La impresión que observan los estudiantes de enfermería, de un equipo de salud indiferente, poco preocupado e incluso sintiendo rabia e ira con las quejas de dolor de un paciente, les hace proclive a repetir los mismos sentimientos y las mismas conductas, aun cuando la universidad les haya entregado otra perspectiva.

**DeCS:** DOLOR / terapia.

**ABSTRACT**

The child who is hospitalized, regardless of the cause originating admission, will feel pain, either by the nursing or medical procedures that may be painful. To search for teaching strategies that enable the consolidation of the positive aspects of this issue and modify this work was negative as a result of the compilation of the opinions emitted by students of the first class of graduates in nursing from the University of Antofagasta, on the management pain, especially in children, and that makes this regard, the health team at the Regional Hospital of Antofagasta. It was found that the model reflect the professional students do not always express a coherent, timely and equitable, with the experience of pain experienced by the patient. Printing observing nursing students in a health team indifferent little worried and even anger felt anger and pain complaints from a patient, makes them prone to repeat the same sentiments and the same behaviors, even when the university has given them another perspective.

**MeSH:** Pain / therapy.

## INTRODUCCIÓN

Cada individuo aprende el significado de la palabra dolor a través de la experiencia personal, porque tiene múltiples causas, características anatómicas y fisiopatologías particulares y además, porque están interrelacionados a estos, aspectos psicológicos y culturales que hace difícil de traducir este conjunto en una definición. Sin embargo, la International Association for the Study of Pain (IASP) define dolor como:

“una experiencia sensorial y emocional desagradable, con daño tisular actual o potencial, o descrito en términos de dicho daño” (Paeili 1997). Esta definición incorpora varios elementos: el dolor es una experiencia individual, una sensación; evoca una emoción y esta, es desagradable.

El niño que es hospitalizado, independiente de la causa que origine la internación, va a sentir dolor, ya sea, por los procedimientos médicos o de enfermería, que puedan ser dolorosos, como también por actividades rutinarias, como son, la toma de muestras de sangre para exámenes de laboratorio y la instalación de vías venosas para la administración de medicamentos.

La forma más común de expresión de desagrado en el niño es mediante el llanto, al cual se le atribuyen variadas causas, pero casi nunca se le objetiva como manifestación de dolor, principalmente, por desconocimiento de fundamentos fisiológicos, fisiopatológicos y farmacológicos que llevan a creencias erróneas, como que los niños pequeños no perciben el dolor y por lo tanto son incapaces de responder y recordar experiencias dolorosas al mismo grado que los adultos.

El dolor siempre va estar presente, la intensidad de este guardará relación con las características individuales y principalmente con el umbral que el niño tenga ante dicha sensación desagradable que puede ser marcadora en el incipiente desarrollo de su personalidad.

La formación académica de la enfermera contempla aspectos que van dirigidos a la promoción, recuperación y rehabilitación de la salud. Sin embargo, se tratan superficialmente aquellos tópicos que dicen relación con el bien morir, y sobre todo el alivio del dolor del paciente. Es probable que la influencia de la formación biomédica tenga su cuota de responsabilidad, porque al igual que el médico, muchas enfermeras realizan todos los procedimientos y acciones posibles para recuperar la salud o salvar la vida, sin importar, en muchas ocasiones, si estos mismos están provocando un sufrimiento mayor que lo que ocasiona la patología en si.

Lo mencionado tiene más importancia aún por cuanto los alumnos requieren como parte fundamental de su formación el realizar sus experiencias prácticas en hospitales, donde ellos perciben como modelos a los profesionales que allí laboran, siendo en muchas oportunidades personas que actúan de manera opuesta a lo que la universidad les ha dado como referente y que van, sin quererlo, o sin proponérselo, a transmitir a adolescente o jóvenes que aún no han completado su formación de pregrado y que pueden asimilar como la conducta deseable a imitar.

Este trabajo es resultado de la recopilación de las opiniones que emiten los alumnos de la primera promoción de licenciados en Enfermería de la Universidad de Antofagasta, sobre el manejo del dolor, especialmente en el niño, y que hace, al respecto, el equipo de salud del Hospital Regional de Antofagasta dado que este el lugar, es el centro asistencial donde ellos realizan la totalidad de sus experiencias clínicas en su formación de pregrado.

Para los académicos que estamos contribuyendo a la formación profesional de estos futuros enfermeros, nos importan estas opiniones, porque reflejan indirectamente los modelos de atención que están observando y podrían influenciar su actuar posterior como profesionales. Es por ello que de acuerdo a las respuestas obtenidas, se intentara buscar algunas estrategias docentes que permitan afianzar los aspectos positivos de esta temática y modificar los negativos.

## **EL DOLOR: GENERALIDADES**

Un gran número de enfermedades orgánicas causan dolor. Esta sensación desagradable, de malestar que acompaña a la enfermedad, amenaza de un modo definitivo al sentido de seguridad que tiene el individuo.

Los niños que son hospitalizados tienen que someterse a menudo, a pruebas y tratamientos sucesivos que causan dolor, y de algún modo, aprenden a afrontar la experiencia dolorosa.

Una de las causas del tratamiento inadecuado del dolor es la falta de conocimientos de lo que en realidad es: Un fenómeno personal que no puede ser experimentado por ningún otro individuo. Por tanto, definirlo en función de las percepciones resulta inapropiado e inexacto. Una definición operacional que resulta útil en la práctica clínica es: "Dolor es lo que la persona que lo experimenta dice que es, y existe siempre que esa persona lo dice"( Mc Caffery 1967). Esta definición implica una actitud distinta ante los pacientes: Se les cree y comprende las expresiones de dolor, tanto verbales como no verbales.

En ocasiones, al paciente que está dormido no se le despierta para administrar el analgésico prescrito, a sabiendas que luego el dolor aparecerá, sin embargo, ninguna enfermera dudará por un momento siquiera en despertar al paciente para administrarle un antibiótico o una medicación cardíaca. Esta incoherencia obedece al hecho de que no se percibe el dolor como un problema serio, o a que se confunda la sedación con el alivio del dolor. Existen enfermos que duermen por agotamiento, y a pesar de ello siguen experimentando dolor. De importancia fundamental, resulta la convicción por parte de la enfermera de que todo paciente tiene derecho al alivio del dolor.( Solana 1993).

El dolor es un mecanismo protector del cuerpo. Ocurre cuando algún tejido se daña y causa una reacción individual para retirar el estímulo doloroso. El dolor y la impotencia funcional que afectan a los órganos y tejidos inflamados o lesionados, desempeñan una función protectora.

## **VALORACION DEL DOLOR EN EL NIÑO**

Si la enfermera ha aprendido a valorar el dolor, a menudo ha sido enseñada teniendo a un adulto como modelo, que da a conocer la presencia de este; también sabe que el paciente tiene dolor cuando: Los signos vitales cambian, se observan conductas ante el dolor que incluye posturas corporales, hay quejas verbales de dolor, cuando están presentes condiciones patológicas que producen dolor.

Los tres primeros criterios pueden ser inmediatamente determinados por la misma naturaleza en un niño críticamente enfermo. (Elland 1990).

La medición y la valoración del dolor son algunos de los problemas más difíciles que encaran quienes proporcionan atención de salud pediátrica, porque es difícil cuantificar la intensidad de las experiencias dolorosas de los niños. Lo ideal es que la valoración y el tratamiento sean interdependientes, uno es en esencia ocioso sin el otro. Si las estrategias terapéuticas contra el dolor se emprenden sin una valoración completa, sistemática y exacta, quizás esas estrategias no serán eficaces ni apropiadas. Cuando se emplea una excelente valoración del dolor sin que vaya seguida de técnicas rigurosas para su tratamiento, el esfuerzo no beneficiara al enfermo

## ETICA Y DOLOR

El dolor es una de las experiencias más desagradables que ha acompañado al hombre desde siempre. Los griegos centraban el problema en el orden que debía tener el cosmos. Para ellos la cuestión se debatía entre lo natural y lo antinatural, es decir la naturaleza es el orden y la enfermedad y el dolor el caos, por lo tanto el dolor es un desorden antinatural. Las cosas naturales y equilibradas no padecen dolor, esto ocurre cuando hay desproporción por exceso o por defecto. Los dolores sobrevienen siempre que hay una transformación y corrupción de la naturaleza.

Para Galeno la constitución sana es aquella en la que no sentimos dolores y en las que no están desviadas las funciones del ser vivo, en consecuencia, el dolor siempre es negativo, de ahí que se debe combatir toda vez que se presente. Un escrito hipocrático señala " el objetivo de la medicina es eliminar el sufrimiento de los enfermos".

No hay duda que el dolor es algo negativo en la existencia humana, pero esa negatividad no consiste ni en des-gracia, ni en des-orden, sino en desdicha, lo que el dolor hace es comprometer el bienestar y la felicidad del hombre.

La dicha es un valor positivo pero debe ser interpretada de manera personal, porque hay muchas concepciones distintas de dicha (Gracia 1998)

Se dice que el hombre debe aprender a contar con el dolor, porque hombre sin dolor no es hombre, se dice también, que el dolor es lo único que enturbia nuestra dicha, pero ello nos lleva a absolutizar el concepto de dicha que es la felicidad, la consecución del máximo bienestar y el logro de la total ausencia del dolor y, por lo tanto, este debe ser el objetivo de la medicina científica.

Los progresos de la medicina analgésica producidos desde inicios de los años ochenta incitan a reflexionar necesariamente en torno al dolor. Hasta entonces se disponían solamente de analgésicos orales e intramusculares, pero a partir de esta fecha se incluyen tratamientos más sofisticados como las infusiones subcutáneas y endovenosas, las bombas de administración autorreguladas por el paciente, la vía intratecal y la cirugía contra el dolor; todos estos procedimientos nombrados tienen algo en común: su enorme invasividad y costo económico muy elevado que desencadena conflicto de valores y problemas éticos.

El dolor en si no es una realidad histórica, pero si social; tomamos como premisa que las semejanzas biológicas que poseen todas las razas hace suponer que la fisiología del dolor es común a todas ellas y que tanto el desagrado, la intensidad y la vivencia de malestar es similar en todos los que sufren un determinado tipo de dolor. Sin embargo por cuestiones culturales la actitud que tiene la sociedad frente al doliente y la forma de presentar el dolor en la comunidad es lo que varía entre ellas. Lo que la gente expresa como dolor soportable, expresable, tratable y de lo que es legítimo hacer u omitir en nombre del dolor, son dados por patrones culturales.

Se debe aceptar que el dolor tiene una posición existencial diversa para cada ser humano en torno a su biografía, patología, su cultura y su funcionamiento orgánico. En la medida que reconocemos que es la expresión de su dolor y no su vivencia la que varía evitaremos hacer juicios infundados, apresurados y discriminatorios como ,por ejemplo, imputarle menos sensibilidad al dolor a determinadas personas, etnias, razas o especies (Kottow 1996).

El trabajador de la salud o clínico debe entender que la experiencia del dolor no es transmisible ni empatizable, muchas veces indicamos al paciente expresiones como esta: " que "alharaco" que eres... si eso no duele". Nos atrevemos a decir esto porque nosotros en ese momento no estamos padeciendo dolor. Da la casualidad que las personas que más a menudo debemos puncionar vasos sanguíneos, sea para instalar una vía venosa, o para administrar un tratamiento, o simplemente administrar un fármaco por vía intramuscular, somos las más reacias a someternos a

estos mismos procedimientos, a menudo nos tensionan quejándonos más de lo normal, es decir no existe coherencia en nuestra postura, le exigimos a un niño "ser valiente", en tanto, que nosotros mismos no lo somos.

Quien enfrente a una persona que sufre dolor debe creerle o aceptar su testimonio sobre lo que está sufriendo. Por otra parte en ausencia de expresión de dolor no debemos negar la existencia de este, que puede estar manifestándose indirectamente, debemos suponer por lo tanto que un recién nacido o una persona en sopor sienten dolor.

## **EL MANEJO DEL DOLOR Y LOS PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA**

Muchas religiones, entre ellas la israelita consideraban que el dolor era la consecuencia del pecado, es decir toda persona que sufre dolor era porque había cometido algún pecado, y podríamos decir que cuanto mayor era el pecado mayor también era el padecimiento; pero cabría preguntarse son ese predicamento sobre los recién nacidos ¿Qué pecados tan grandes han cometido para sufrir alguno de ellos tamaños dolores? o ¿Deben pagar las culpas de sus progenitores?

La analgesia es la actividad más discutida de la medicina, pero de ninguna manera es privativa de ella, el terapeuta del dolor debe actuar en beneficio del paciente, es decir, se debe ofrecer al paciente la mejor analgesia posible, lo que significa buscar los medios más eficaces y de menos riesgo para tratar el dolor (Kottow 1996), en otras palabras, debemos ser benéficos.

Cumplir este principio en el niño es difícil, dado que como no se puede experimentar en niños, las posología y dosificaciones para ellos están deducidas de lo que se ha investigado en adultos, por lo tanto a veces puede resultar difícil que lo indicado calme el dolor por completo, o que lo que se haya prescrito sea más que su nivel de tolerancia, desencadenando efectos indeseados, situaciones que a veces se desconoce con el paciente adulto y con mayor razón aún en los niños (de Abajo 1997).

Ser benéfico incluye la posibilidad que, si la familia lo solicita o requiere se les permita utilizar prácticas alternativas, cuando la medicina tradicional no logra su objetivo. En bioética se plantea que es legítimo utilizar terapias de alto riesgo siempre y cuando:

- Haya carencia de alternativas a la sobredosis
- el paciente tenga dolor intolerable y persistente
- exista altas posibilidades de eficacia analgésica
- exista concordancia con la expresión del paciente o su legítimo representante
- exista situación de enfermedad terminal (Kottow 1996).

Esta última cobra particular relevancia, dado que el cáncer en si es una patología compleja que ocasiona miedos, desesperanza y mucho dolor principalmente en etapas terminales. Se ha estudiado que entre los dilemas éticos producidos en la atención del paciente con cáncer están todo lo relacionado con la información sobre el diagnóstico, decir la verdad, entrega de información y sobre todo en el manejo del dolor (Kuuppelomaki 1998).

Otro de los principios involucrados en el paciente que sufre de dolor es la No Maleficencia No existe ninguna razón para provocar dolor, a no ser que el paciente de su consentimiento y este sea para beneficiarlo. Son inaceptables las maniobras médicas y de enfermería que producen dolor y de las cuales el paciente no ha sido advertido, o preparado. ¿Cuántas veces un niño pequeño es intubado sin siquiera ponerle anestesia o sedarlo?, la urgencia por salvarle la vida es prioritaria por sobre evitarle el dolor. Se le punciona una y mil veces para obtener la preciada muestra de sangre que va a ir a análisis, en muchas oportunidades diariamente, y a veces sin siquiera ser tan relevante para tomar una determinación diagnóstica o terapéutica, sino solo por rutina.

Lo dicho es muy valedero, para los que estamos formando profesionales sean médicos o enfermeras que necesitan practicar sus diagnósticos, tratamientos o procedimientos. Debemos tener claro que aun cuando se tenga la consideración de preparar al paciente, igual se le provoca dolor cuando manos inexpertas intentan procedimientos dolorosos y a veces difíciles de llevar a efecto.

Como profesores guías de experiencias clínicas, tratamos de beneficiar a los alumnos con el máximo de oportunidades, más aún porque no están los padres de estos niños presentes ; pero si ellos estuviesen allí y dijeran que no desean que haga la intervención un alumno, ¿cómo reaccionaríamos?.

¿Nos hemos puesto a pensar en el número de procedimientos que realizamos a los niños y que le ocasionan dolor? ¿Cuántas veces producimos dolor hiperextendiendo el cuello para visualizar la yugular externa, lesionando el esternocleidomastoideo? ¿Somos nosotros capaces de soportar esa hiperextensión?. A menudo, no pensamos que los hematomas producto de la multifunción y de la insuficiente hemostasia, también ocasiona dolor. Las posiciones mantenidas en forma no fisiológica de las extremidades para mantener las vías venosas (que tanto nos costaron instalar), son otra de las fuentes productoras de dolor en el niño.

En ocasiones debe permanecer hasta 72 horas con un pie rotado o un brazo flectado o extendido. Si nos ponemos en la situación del niño ¿seríamos capaces de soportar dichas posiciones, sin sentir al cabo de un tiempo mucho más corto, hormigueo, calambre y dolor?.

No ser maleficente significa que el profesional no debe ser negligente, imperito, ignorante o imprudente, algunas de estas características las trae el futuro profesional como bagaje de lo que le ha entregado, como valores primordiales, su familia y el medio donde se ha desarrollado. Otras, sin embargo, deben propiciar su adquisición la universidad, con curriculum tendientes a valorar a las personas en forma holística y no solo especializarse en la patología o la técnica.

Para ello es fundamental que la bibliografía que se utilice, contenga tópicos tan importantes como los cuidados al final de la vida, o el manejo del dolor, entre otros. Sin embargo, la realidad dice que solo el 2 % de los textos de Enfermería por ejemplo, tratan estos aspectos (Farrel 1999). Algunos estudios han revelado que el 45 % de los textos utilizados por estudiantes de Enfermería carecían de aspectos éticos (Killen 1986), situación que, tal vez, sea similar a lo que acontece aún con la bibliografía que se recomienda y utiliza en las universidades y que termina titulado a un profesional con insuficiente base ética o bioética, que lo hace impasible e inmovible ante el dolor de los demás y lo que es más grave, ante el dolor de un niño.

Otro de los principios que se vulnera a menudo cuando un paciente sufre dolor es el de Autonomía. El dolor es una expresión tan acuciante y carente de sentido que el clínico se encuentra con la solicitud del paciente, incluso a costa de acortar su vida. Esto ocurre con el adulto que puede expresarse, implorar, reclamar ordenar; pero el niño que no sabe hablar, y que solo llora, también debería respetarse su deseo de calmar el dolor, porque es probable que ese llanto nos este comunicando eso y no la traducción antojadiza que muchas veces hacemos como "malacrianza" porque junto con no respetar su autonomía - atropellando sus derechos- estamos siendo maleficentes.

Diversos autores coinciden que los principios que más se vulneran en el paciente que sufre dolor son la autonomía, la beneficencia y la No Maleficencia, en el niño principalmente estos dos últimos y tal vez la justicia (Gallagher, S M 1998).

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Se trata de un estudio descriptivo, mediante la aplicación de un instrumento recolector y posterior análisis de datos, se interpreta la opinión que tienen los egresados de Licenciatura en Enfermería de la Universidad de Antofagasta, acerca del manejo del dolor, que hace el equipo de salud (médico, enfermera y técnico paramédico), del Hospital Regional de Antofagasta, principalmente de la atención en el niño.

El Universo lo constituyeron todos los alumnos de 5° año de Licenciatura en Enfermería de la Universidad de Antofagasta, promoción 1999., que ascendía a 29 alumnos. La idea primaria fue trabajar con el universo, sin embargo por razones de tipo personal de algunos alumnos, la muestra quedó reducida a 23 personas.

La unidad de Análisis estuvo constituida por cada uno de los alumnos que respondió el cuestionario.

El instrumento recolector de datos fue un cuestionario creado por la autora, presentado y revisado por el Doctor Diego Gracia y que fue validado en cinco alumnos de Enfermería del Plan anterior al de Licenciatura.

A cada alumno se le pidió su consentimiento para participar en este estudio y el cuestionario fue autoadministrado. Los datos se procesaron en el programa EXCEL, y los resultados se presentan en tablas de frecuencia.

## **RESULTADOS**

Respecto de la credibilidad que el equipo de salud presta a las quejas de dolor de un paciente, los alumnos opinan que la enfermera es quien más cree al paciente, el 91,3 % dice que ésta oscila entre regular y buena, luego está el auxiliar paramédico donde el 79,6 % cree que es entre buena y regular y un 56,5 % opina que la credibilidad del médico es entre buena y regular. Cabe señalar que un 30,4 % de ellos opina que la credibilidad que tiene el auxiliar paramédico es mala.

La enfermera la persona más sensible el 86 % opina que su sensibilidad está entre regular a buena, seguida de la del auxiliar paramédico, donde el 73,9 % opina que su sensibilidad esta entre regular a buena, sin embargo para el 26,1 % de los estudiantes esta sensibilidad en estos integrantes del equipo de salud es mala. Cerca del 50 % de los alumnos opina que la sensibilidad del médico es mala.

El 69,6 % de los alumnos opina que la preocupación de la enfermera es buena: para el 52,2 % la preocupación del médico es buena y para el 34,8 % la preocupación del auxiliar paramédico es buena. Ningún alumno opina que la preocupación de los profesionales enfermera y médico sea mala; sin embargo el 17,4 % califica a la preocupación de los auxiliares paramédicos de mala, todo ello, cuando se trata de aliviar el dolor del niño; porque cuando se trata del adulto la situación es distinta, solo el 17,4 % dice que la preocupación del médico es buena, contra un 56,5 % que opina que es mala. Un 47,8 % dice que la preocupación de la enfermera es buena y un 4,3 % dice que es mala. Respecto del auxiliar paramédico el 13 % opina que es buena, contra un 34,9 % que dice que es mala.

En orden decreciente los alumnos opinan que valoran bien el dolor del niño: la enfermera (65,2 %), el médico (39,1 %) y el auxiliar paramédico (13 %). En el mismo orden ellos opinan que valoran mal el dolor: el auxiliar paramédico (30,4 %), médico y enfermera con un 4,3 % cada uno. Respecto de la valoración del dolor en el adulto, también en orden decreciente ellos opinan que valoran bien el dolor: la enfermera (47,8 %), el médico (26,1 %) y la auxiliar paramédico (13 %); pero que lo hacen mal, en el mismo orden: la auxiliar paramédico (39,1 %), el médico (30,4 %) y la enfermera (17,4 %).

Para el 73,9 % de los alumnos la edad del paciente influye en el tratamiento del dolor y para ellos son los lactantes y los preescolares a quienes se les da prioridad en la atención del dolor.

Los estudiantes opinan que los profesionales menores de 25 años son los más sensibles para tratar el dolor del paciente. A mayor edad mayor insensibilidad.

Para el 52,2 % de los estudiantes el sexo no influye en la atención del dolor; sin embargo, ellos opinan que se atiende más prontamente a una niña y a una mujer, que a un varón sea este niño o adulto.

Cuando se trata de la queja de dolor de un niño, los alumnos opinan que la compasión es el principal sentimiento que le provoca al médico (69,6 %), seguido de preocupación (47,8 %) y pena (26,1 %). Ellos opinan que el médico con el niño no siente ira ni rabia. Para los alumnos, el principal sentimiento que le provoca a la enfermera el dolor de un niño es preocupación (65,2 %), angustia y pena (47,8 % respectivamente), compasión (34,8 %); pero también un 4,3 % opina que ellas sienten ira y rabia. El sentimiento mayoritario de los auxiliares paramédicos, en opinión de los estudiantes, es compasión (52,2 %), preocupación (39,1 %), pena (30,4 %); pero un 21,7 % dice que sienten rabia y angustia, en tanto que un 13 % opina que ellos sienten rabia.

Respecto del adulto, los alumnos opinan que el sentimiento que mayoritariamente le provoca a los médicos las quejas de dolor de un adulto es indiferencia (69,6 %), seguido paradójicamente de preocupación (43,5 %). Un 8,6 % opina que ellos sienten ira y un 4,3 % rabia. El sentimiento que mayoritariamente refleja la enfermera ante la queja de dolor de un adulto, es preocupación (73,9 % de los estudiantes opina esto), seguido de angustia (26,1 %). Un 4,3 % opina que ellas sienten ira.

Según los estudiantes en el auxiliar paramédico, el sentimiento preponderante derivado de las quejas de dolor del adulto es rabia (43,5 %), seguido de indiferencia (39,1 %). Un 26,1 % piensa que sienten compasión y el 21,7 % cree que ellos se angustian.

## **CONCLUSIONES**

El modelo biomédico que privilegia por sobre la atención de la persona, la curación de la patología, a los ojos de los alumnos de enfermería, ha influido negativamente en la atención que el equipo de salud brinda al paciente con dolor, haciéndola despersonalizada, con escasa credibilidad y preocupación por las quejas de dolor de una persona. Como consecuencia la valoración que el personal de salud realiza frente al dolor no incorpora aspectos psicosociales y espirituales para entregar cuidados. Focalizan en un dolor físico y no consideran la individualidad de la persona, así se deshumaniza el dolor, sacándolo del contexto donde habita: La persona.

Durante su formación de pregrado el profesional de enfermería está permanentemente incorporando a su bagaje de conocimientos, la conducta y actitud poco holística que refleja el equipo de salud hacia el paciente que se queja de dolor, transformándose con el tiempo, la actitud crítica hacia algo que consideraban negativo, en parte de su rutina diaria. Esto se traduce en que en el trabajo diario el personal debe cuidar al paciente con dolor y tomar las decisiones considerando el como experiencia el dolor la persona que lo está vivenciando.

Este trabajo demostró que el modelo que reflejan los profesionales a los estudiantes, no expresa siempre una conducta coherente, oportuna y equitativa, con la experiencia de dolor que vive el paciente.

La impresión que observan los estudiantes de enfermería, de un equipo de salud indiferente, poco preocupado e incluso sintiendo rabia e ira con las quejas de dolor de un paciente, les hace proclive a repetir los mismos sentimientos y las mismas conductas, aun cuando la universidad les haya entregado otra perspectiva.

Resulta fundamental por ello., formar profesionales de salud que sepan afrontar los aspectos subjetivos que el paciente expresa, que sepan comprenderlos, interpretarlos y tratarlos en una relación de ayuda interpersonal clara y definida, que le permita al profesional un manejo terapéutico con el paciente y de protección y mantenimiento para el cuidador

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BEST H, Charles TAYLOR, Norman. Elementos de Fisiología Humana, 3° reimpresión Santiago Editorial Universitaria, 1967, 699 p.
2. BEYER, Judith, WELL, Nancy Valoración del Dolor en Niños, Clínicas Pediátricas de Norteamérica.
3. BOSCH, N; DOMENECH, D; GONZALEZ M; LOPEZ, M° A. OLIVER, David. La Presencia de la Madre como un Factor Modificador de la Ansiedad del Niño. Enfermería Clínica 1993, 6 (2) : 51- 56.
4. CHOONARA I, Manegement of Pain in Newborn Infants, Seminars in Perinatology, 1992, 16: 32-40
5. CRAIG K., MC MAHON R. Develop natal Changes in Infant Pain Expression During Immunigation Infections, Soc. Science Medicine, 1984 (9), pp1331-1337
6. DE ABAJO, Francisco, Investigación clínica en niños: Fundamentación y requisitos éticos. Rev. Esp. Pediatría 1997; 53 (2): 134- 150.
7. ELLAND, Joan; COY, Julie Assessing Pain en the Critically Ill Child , Focus on Critical Care, 1990, 17 (6) :469-474
8. FERREL. B, VIRANIR. R, GRANT. M Analysis of End- of- Life content in nursing textbooks. Oncol. Nurs Forum 1999 Jun;26(5):869-76
9. GALLAGHER .M, S Ethical dilemmas in pain management. Ostomy Wound Manage 1998 Sept; 44(9): 18- 23.
10. GRACIA, Diego Bioética Clínica, 1a edición. Colombia, Codice Ltda. 1998, 150 p.
11. GUYTON, Arthur, Fisiología y Fisiopatología, 5° edición, México, Interamericana, Mc Graw Hill 1994, 722p
12. GRENAU R, CRAIG K, Pain Expression in Neonates : Facial action and cry . Pain 28 : 395- 410, 19XX
13. IZARD, C. et al The Young Infant's ability to produce discrete emotion expression Rev. Psychol. 19 : 132-140 p, 1980
14. JOHNSTON C. STRADE M. Acute Pain Response in Infants : A Multidimensional Description . Pain 24: 373-382 , 1986
15. KENNY G An ethical investigation into the provision of pain relief in infants. Br. J Nurs 1998 Sep. 24 Oct. ; 7(17):1022- 6.
16. KOTTOW Miguel Consideraciones bioéticas en torno al dolor. Revista El Dolor, 1996, ano 5 N° 21
17. KUUPPELOMAKI.M, LAURI.S Ethical dilemmas in the care of patient with incurable cancer. Nurs Ethics 1998 Jul; 5(4): 283- 93
18. LOESER J. D. A Definition of Pain, Univ Washington Med 7: 3-4 pp ,1980
19. LOLAS , Fernando Aspectos Fisiológicos del Dolor, 1° edición , Santiago , Publicaciones Técnicas Mediterráneo , 1985, 70 p
20. MC CAFFERY , Margo; MOSS, Fay Nursing Intervention for Bodily Pain, American Journal of Nursing, 67 (6): 1224- 1227 , 1967
21. MILLER, R. ; JICK H. Clinical effects of Meperidine in Hospitalized Medical Patients , Journal Clinical Pharmacological, 1978, 18:180
22. MUHLHAUSEN, German Analgesia y Sedación en el Recién Nacido, Revista Chilena de Pediatría, 1994, 65 (1): 56-61
23. PORTER J, JICK H Addiction Rare in Patients Treated with Narcotic. N England Journal Medecine, 1980, 302: 123
24. SNELLMAN L; STANG H. Valoración Prospectiva de las Complicaciones del Bloqueo del Nervio Ventral del Pene en la Circuncisión Neonatal, Pediatric 1995, 39(5) : 284-286
25. SOLANA Z, E. Actitud de la Enfermera ante el Paciente con Dolor, Enfermería Clínica, 1993,3 (2) : 73-75
26. TEUNG, Asunción Cuidados de Enfermería Infantil, 1° edición , Madrid, Ediciones Pirámides, 1982, 293p
27. WONG, Donna Enfermería Pediátrica , 4° edición , Barcelona , Mosby/ Doyma Libros, 1995, cap 20: 550-553

28. ZELTZER L; JAY S. Tratamiento del Dolor Relacionado con Procedimientos Pediátricos ,  
Clínicas Pediátricas de Norteamérica, 19XX

---

## ANEXOS

### UNIVERSIDAD DE ANTOFAGASTA. FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD. DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

#### CUESTIONARIO

Estimada alumna (o), le informo que como parte de mi especialización en Bioética requiero hacer una monografía. En relación a ello he decidido trabajar el tema del dolor, específicamente la opinión que tienen Uds. Los estudiantes de Enfermería, del manejo que hace el equipo de salud, en especial la enfermera, médico y la auxiliar de enfermería, del tratamiento del dolor en los pacientes. Es por ello que le solicito que responda, si lo desea, el siguiente cuestionario, el cual requerirá de algunos antecedentes suyos, pero que en ningún modo revelaran su identidad.

Le agradeceré su colaboración.

Carmen G. Collao Aviles

Académico Dpto. Enfermería

#### I.- ANTECEDENTES

EDAD \_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_

#### II. INSTRUCCIONES

A continuación UD. encontrará seis aseveraciones relacionadas con el manejo del dolor que hace el equipo de salud. En cada espacio en blanco Ud. debe poner una nota del manejo o la atención que hace cada miembro de los allí indicados.

Las calificaciones se mueven en una escala de 1 a 7, donde:

1 = Muy malo                                      4 = Regular                                      7 = Muy bueno

2 = Malo    5 = Mas que regular

3 = Menos que regular                      6 = Bueno

1.- Preocupación por aliviar el dolor del paciente adulto

Médico \_\_\_\_ Enfermera \_\_\_\_ Auxiliar \_\_\_\_

2.- Preocupación por aliviar el dolor del paciente adulto

Médico \_\_\_\_ Enfermera \_\_\_\_ Auxiliar \_\_\_\_

3.- Sensibilidad ante el dolor del paciente

Médico \_\_\_\_ Enfermera \_\_\_\_ Auxiliar \_\_\_\_

4.- Credibilidad de las quejas de dolor del paciente

Médico \_\_\_\_ Enfermera \_\_\_\_ Auxiliar \_\_\_\_

5.- Valoración del dolor del paciente adulto

Médico \_\_\_\_ Enfermera \_\_\_\_ Auxiliar \_\_\_\_

6.- Valoración del dolor del paciente pediátrico

Médico \_\_\_\_ Enfermera \_\_\_\_ Auxiliar \_\_\_\_

### III. INSTRUCCIONES

En las siguientes preguntas Ud. debe marcar con una cruz su respuesta y fundamentar.

1.- ¿Cree Ud. que la edad del paciente influye en el tratamiento oportuno y adecuado de su dolor?

No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

2.- ¿A quién cree que se le atiende con mayor prontitud sus manifestaciones de dolor?

a) Recién nacido \_\_\_\_\_ e) Adolescente \_\_\_\_\_

b) Lactante \_\_\_\_\_ f) Joven \_\_\_\_\_

c) Preescolar \_\_\_\_\_ g) Adulto \_\_\_\_\_

d) Escolar \_\_\_\_\_ h) Senescente \_\_\_\_\_

3.- ¿Cree Ud. que el equipo de salud sabe cómo tratar el dolor?

No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

4.- ¿Cree Ud. que el sexo del paciente influye en el tratamiento de su dolor?

No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

5.- ¿A quién cree Ud. que se le atenderá más prontamente su dolor?

a) Niño \_\_\_\_\_ Niña \_\_\_\_\_

b) Adulto varón \_\_\_\_\_ Adulto mujer \_\_\_\_\_

6.- ¿Cree Ud. que la edad del profesional influye en su actitud de aliviar el dolor de sus pacientes?

No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

7.- ¿Quiénes cree Ud. que traten más prontamente el dolor de sus pacientes?

Profesionales menores de 25 años

Profesionales entre 25 y 40 años

Profesionales de más de 40 años

8.- Cuáles cree Ud. que son los sentimientos que le provocan con más frecuencia a un médico la queja de dolor de una paciente adulto?

a) Compasión \_\_\_\_ c) Pena \_\_\_\_ e) Ira \_\_\_\_ g) Angustia \_\_\_\_ i) Otro \_\_\_\_

b) Indiferencia \_\_\_\_ d) Miedo \_\_\_\_ f) Rabia \_\_\_\_ h) Preocupación \_\_\_\_

9.- ¿Cuáles cree Ud. que son los sentimientos que le provocan con más frecuencia a un médico la queja de dolor de un paciente pediátrico?

a) Compasión \_\_\_\_ c) Pena \_\_\_\_ e) Ira \_\_\_\_ g) Angustia \_\_\_\_ i) Otro \_\_\_\_

b) Indiferencia \_\_\_\_ d) Miedo \_\_\_\_ f) Rabia \_\_\_\_ h) Preocupación \_\_\_\_

10.- ¿Cuáles cree Ud. que son los sentimientos que le provocan con más frecuencia a una enfermera (o) la queja de dolor de un paciente adulto?

a) Compasión \_\_\_\_ c) Pena \_\_\_\_ e) Ira \_\_\_\_ g) Angustia \_\_\_\_ i) Otro \_\_\_\_

b) Indiferencia \_\_\_\_ d) Miedo \_\_\_\_ f) Rabia \_\_\_\_ h) Preocupación \_\_\_\_

11.- ¿Cuáles cree Ud. que son los sentimientos que le provocan con más frecuencia a una enfermera (o) la queja de dolor de un paciente pediátrico?

a) Compasión \_\_\_\_ c) Pena \_\_\_\_ e) Ira \_\_\_\_ g) Angustia \_\_\_\_ i) Otro \_\_\_\_

b) Indiferencia \_\_\_\_ d) Miedo \_\_\_\_ f) Rabia \_\_\_\_ h) Preocupación \_\_\_\_

12.- ¿Cuáles cree Ud. que son los sentimientos que le provocan con más frecuencia a un auxiliar paramédico la queja de dolor de un paciente adulto?

a) Compasión \_\_\_\_ c) Pena \_\_\_\_ e) Ira \_\_\_\_ g) Angustia \_\_\_\_ i) Otro \_\_\_\_

b) Indiferencia \_\_\_\_ d) Miedo \_\_\_\_ f) Rabia \_\_\_\_ h) Preocupación \_\_\_\_

13.- ¿Cuáles cree Ud. que son los sentimientos que le provocan con más frecuencia a un auxiliar paramédico la queja de dolor de un paciente pediátrico?

a) Compasión \_\_\_\_ c) Pena \_\_\_\_ e) Ira \_\_\_\_ g) Angustia \_\_\_\_ i) Otro \_\_\_\_

b) Indiferencia \_\_\_\_ d) Miedo \_\_\_\_ f) Rabia \_\_\_\_ h) Preocupación \_\_\_\_