



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado

Relación entre la comunicación (verbal y no verbal) y el dolor en el entorno sanitario: Una revisión narrativa estructurada

**RELATIONSHIP BETWEEN COMMUNICATION (VERBAL AND NONVERBAL) AND
PAIN IN THE HEALTHCARE ENVIRONMENT: A STRUCTURED NARRATIVE
REVIEW**

Alumna: Nazaret Castellano Olmo

Tutor. Prof. D. Jesús Alberto Jara Arias

Dpto. Enfermería
Mayo, 2015



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado

Relación entre comunicación (verbal y no verbal) y el dolor en el entorno sanitario: Una
revisión narrativa estructurada

**RELATIONSHIP BETWEEN COMMUNICATION (VERBAL AND NONVERBAL) AND PAIN IN THE
HEALTHCARE ENVIRONMENT: A STRUCTURED NARRATIVE REVIEW**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
GRADO EN ENFERMERÍA.

Alumno/a: Castellano Olmo, Nazaret

Tutor/a: Prof. Don. Jesús Alberto Jara Arias
Dpto: Enfermería

Mayo, 2015

Firmado: Nazaret Castellano Olmo.

Fdo: Nazaret Castellano Olmo

ÍNDICE.

- 1. Resumen/Abstract- Pág.4.**
- 2. Introducción Págs (5-9).**
 - 2.1. Presentación del problema objeto de estudio: Marco Conceptual. Págs (5-6)
 - 2.2. Justificación del problema objeto de estudio. Págs (6-8).
 - 2.3. Objetivos del estudio. Pág (8-9)
 - 2.3.1 Objetivo general. Pág 9.
 - 2.3.2 Objetivos específicos. Pág 9.
- 3. Metodología. Págs (9-12).**
 - 3.1. Tablas de búsqueda. Págs (9-10).
 - 3.2. Estrategia de búsqueda. Pág. 10
 - 3.3. Criterios de Inclusión y Exclusión. Pág (10-11).
 - 3.4. Estilo de la revisión. Págs (11-12)
- 4. Desarrollo de la cuestión. Págs (12-31).**
 - 4.1. Dolor y Comunicación verbal y no verbal Págs (12-16).
 - 4.1.1 Dolor físico y psicológico. Escalas de valoración. Págs (12-14).
 - 4.1.2 Comunicación verbal y no verbal. Pág (14-16)
 - 4.2. Comunicación y dolor. Págs (16-29)
 - 4.2.1 La información que nos da la comunicación. Pág (16-17)
 - 4.2.2 El dolor desde diferentes ámbitos. Pág (17-26)
 - 4.2.3 El profesional sanitario. Pág (26-28).
 - 4.2.4 Bioética en la práctica enfermera. Págs (28-29).
 - 4.3. El dolor en clave de género. Págs (29-31)
 - 4.3.1 Diferencias de percepción del dolor en clave de género. Págs (29-30)
 - 4.3.2 Comunicación humana y dolor en clave de género. Págs (30-31).
- 5. Resultados. Págs (32-40)**
 - 5.1. La información que nos la comunicación. Pág 32.
 - 5.2. El dolor desde diferentes ámbitos. Págs (33-37).
 - 5.3. El profesional sanitario. Págs (37-38).
 - 5.4. Bioética en la práctica enfermera. Pág 38.
 - 5.5. El dolor en clave de género. Págs (38-40).
- 6. Conclusiones/Discusión. Págs (40-44).**
- 7. Bibliografía. Pág (44-50).**
- 8. Anexos. Págs (50-53).**
 - Anexo1. Estudios más importantes empleados en la revisión narrativa. Págs (50-52).
 - Anexo2. Escala EVA del dolor. Pág 52.
 - Anexo3. Escala facial del dolor. Pág 52.
 - Anexo4. Diagrama de flujo, búsqueda bibliográfica. Pág 53.
 - Anexo5. Otros artículos de interés para una comprensión a fondo de la temática de la revisión. Pág 53.

ÍNDICE DE TABLAS.

- TABLA 1. Tabla de búsqueda metodología. Fuente elaboración propia. (Págs 9-10).
- TABLA 2. Tabla resultados más importantes (1). Fuente elaboración propia. Pág. 32.
- TABLA 3. Tabla resultados más importantes. (2). Fuente elaboración propia. Págs. (36-37).
- TABLA 4. Tabla resultados más importantes. (3). Fuente elaboración propia. Pág 38.
- TABLA 5. Tabla resultados más importantes. (4). Fuente elaboración propia. Pág 39-
- TABLA 6. Tabla resultados más importantes. (5). Fuente elaboración propia. Pág. 40.
- TABLA 7. Tabla Valoración patrones funcionales M. Gordon. Fuente elaboración propia. Págs (41-42).

1. RESUMEN

El dolor es una sensación fisiológica, social y comunicativa, que intentamos relacionar con la comunicación. **Objetivos:** Conocer la interrelación entre comunicación, dolor y cuidados, además de las implicaciones enfermeras y las claves de género para un tratamiento enfermero del dolor humano. **Metodología:** Se ha realizado una revisión narrativa bibliográfica estructurada en diversas bases de datos y metabuscadores: CUIDEN, SCIELO, PUBMED, MEDLINE, ENFISPO, IME, LILACS BIREME, SCOPUS, GOOGLE SCHOLAR. **Resultados:** Se han analizado numerosas obras donde los autores ponen de manifiesto que la comunicación humana, es útil para paliar el dolor e informar de él, además de ser importante en la praxis y ética enfermera emplear un enfoque holístico. **Conclusiones:** Tras el análisis de la literatura científica observamos que muchas investigaciones son sesgadas, pero importantes debido a que enfermería son los profesionales destinados al cuidado y la comunicación debe ser una herramienta para ello.

Palabras Clave: Dolor, Comunicación en salud, Cuidados de enfermería, Relaciones Profesional-paciente.

1. ABSTRACT:

Pain is a physiological, social and communicative experience, and we try to determine the importance of communication in relation to this **Objectives:** To determine the relationship between communication, pain and care, with nursing and key gender implications for treatment of human pain. **Methodology:** We made a narrative structured literature review in various databases and Meta searcher: CUIDEN, SCIELO, PUBMED, MEDLINE, ENFISPO, IME, LILACS BIREME, SCOPUS and GOOGLE SCHOLAR. **Results:** We analyzed several works and the authors show that human communication helps to alleviate the pain and report it, as well as being important in practice and ethical nursing employing a holistic approach. **Conclusions:** After analyzing the literature we saw that researches are biased, but important because nurses are the professionals for the care, and communication should be a tool for this. **Key Words:** Pain, Health communication, Nursing care, Professional-Patient relations

2. INTRODUCCIÓN

2.1-Presentación del problema objeto de estudio; Marco conceptual.

La existencia de la comunicación, tanto verbal como no verbal, es algo innato a la especie humana, la comunicación permite mostrar emociones, sentimientos, opiniones, estados de ánimo, tanto la verbal como la no verbal son tipos de comunicación esenciales al ser humano. La cinética, la proxémica, las miradas, el fruncir de las cejas, la posición del cuerpo, incluso el aspecto físico que tenemos forman parte de la comunicación no verbal¹, dicen de nosotros y nosotras, en complementariedad con la comunicación verbal, aportan muchos datos de nuestro yo.

Unas de las profesiones que más envueltas están en la comunicación es la enfermería, el contacto diario con los pacientes y los cuidados otorgados, físicos y psicológicos, hacen de las enfermeras unas de los profesionales que más se comunican en el día a día², luego a la hora del tratamiento del sufrimiento y el dolor físico y psíquico enfermería sería la profesión ideal para avanzar en esta ciencia.

Por otro lado mencionamos uno de los grandes tabúes innatos al ser humano, algo fisiológico (que se puede convertir en patológico) es el dolor, el dolor físico, del cuerpo humano, es una alerta, el organismo nos lanza mensajes sobre que algo falla, algo no va como debe de ir, pero no es el único dolor existente en el ser humano, el psicológico; la tristeza, la culpa, el sufrimiento interno, el duelo, es dolor, dolor mental, dolor psicológico, pero dolor; ambos, físico y psicológico, son elementos naturales, elementos necesarios, que tal vez nos hemos acostumbrado a paliar farmacológicamente.

A lo largo de la historia³ el ser humano ha interpretado el dolor y su procedencia de diversas maneras e índoles, antiguamente en la prehistoria, el dolor se consideraba algo provocado por seres sobrenaturales y demonios que sólo los chamanes o brujos de las tribus podían paliar.

Así en el antiguo Egipto se consideraba que el dolor era provocado por los dioses, como polaridad entre el bien y el mal, lo positivo y lo negativo, fue en Grecia y Roma cuando los galenos y filósofos se plantean la procedencia del dolor científica del sistema nervioso interno llegando a la Edad media y el Renacimiento donde se empezó a investigar con el cuerpo y la anatomía humana.

A partir de la era moderna del siglo XVIII surgen diversas corrientes científicas algunas basadas en la imposición de manos mesmerismo, y otra en el uso de las sustancias químicas (farmacología).

Actualmente, aunque es cierto que no conocemos todo sobre el sistema nervioso y el dolor, sí que tenemos pruebas fehacientes sobre el mecanismo de producción y causas, y sus

clasificaciones de manera que también sabemos que se ve afectado tanto por la farmacología como otras técnicas no farmacológicas, de las cuales la que nos interesa, es la comunicación humana, debido a que es la más natural, innata y espontánea realizada por el ser humano³.

Son muchos tipos de pacientes y muchos tipos de servicios y especialidades donde enfermería se desarrolla, y conocemos que en cada tipo de servicio se dan técnicas médico-quirúrgicas diferentes, pero si tienen algo en común es que en casi todos los servicios se da la sensación fisiológica y emocional del dolor; muchas veces no es necesario ni siquiera que alguna palabra salga de nuestra boca, con un simple gesto, una simple mirada, una simple escucha y un simple silencio, se soluciona mucho más de lo que parece, las lágrimas, el llanto es un mecanismo fisiológico activado que nos quita de encima parte de nuestro dolor, el desahogo, además de poseer una función social⁴.

“Dado que los problemas de evolución social fueron cruciales para la supervivencia y reproducción humana, muchos de nuestros mecanismos psicológicos evolutivos son sociales”
(Fitzgerald et al, 2007)⁴.

Por otro lado numerosas teóricas de la enfermería han incidido en el tema de las relaciones interpersonales, la comunicación y las relaciones humanas como Hildegard E. Peplau y Travelbee, que han aportado al campo de las relaciones humanas un mayor entendimiento del mundo de la comunicación humana, junto con las aportaciones de Virginia Henderson, que han reforzado el concepto holístico de la enfermería contemporánea.⁵

2.2 Justificación del Problema objeto de estudio.

El poder de la comunicación es útil desde un paciente en un postoperatorio⁶ hasta el dolor, pequeño o grande, producido por la aplicación de la vacuna contra Clostridium Tetani en el músculo deltoides⁷, inclusive pasando por otorgar al paciente la elección de un determinado tratamiento⁸.

Por otro lado, también el dolor es asimilado y soportado en diferentes etapas del ciclo vital, desde una osteoartritis sufrida en la senectud, siendo también importante no sólo la comunicación no verbal del enfermero/a sino también la del paciente y como nos transmite mensajes sobre su dolor a través de su gesticulación⁹, y la información otorgada verbal por las personas de edad avanzada sobre el dolor que sufren, hasta el dolor que sufren niños y niñas con algún tipo de enfermedad en etapa terminal, así como el sufrimiento que acompaña a los cuidadores informales y a los padres¹⁰.

Sin embargo, sabemos que el tratamiento del dolor y el entendimiento del mismo mediante la comunicación humana muchas veces no es del todo conocido en el ámbito de la enfermería; *“el enfermero/a es el profesional de la salud que más tiempo permanece en contacto con el paciente, quien más lo observa y entiende sus reacciones, quien más comprende sus motivaciones y quien más le alienta y consuela”* (Y.Y.Vázquez Portes, 2013)¹¹

No hemos de olvidar que enfermería es la gran responsable del cuidado humano y que si consideramos realmente al ser humano como ser de integración holística es necesario que nuestro enfoque sea tal cual:

“el profesional de enfermería debe conocer y desarrollar las técnicas de comunicación terapéutica: entre ellas la entrevista, la cual le sirve para establecer la relación profesional de la salud-paciente, recoger datos y dar información” (Ospina de González, 1997)¹²

Otro punto importante es que, como en cada ámbito, la ética de enfermería está también incluida en el manejo del dolor, como intervención enfermera, y es necesario tanto conocer la teoría como implicarse en la práctica para que nuestra actuación sobre el paciente sea adecuada, tanto de la ética como de la legalidad de la praxis y la deontología¹³.

Lo que queremos decir con eso, es que nunca llegamos a sentir tanto el dolor físico como psicológico de cada persona a la cual damos una mala noticia, ni que sufre un accidente, o el duelo por la pérdida de un ser querido, pero si podemos intentar el ponernos en su lugar para así dar una asistencia mucho más integrada, todo ello es reflejado mediante la comunicación, tanto verbal como no verbal y todo ello es interpretado por el paciente¹⁴.

No deja de ser cierto que enfermería hace mucho por el tratamiento y mejora del dolor humano, más allá de la administración exclusiva de analgesia, importante también en el tratamiento, enfermería trabaja constantemente por paliar el dolor físico y psíquico ya sea mediante técnicas de educación para la salud¹⁵, hasta el entendimiento y el estudio de técnicas para hacer frente al estrés patológico en grupos de paciente con afectaciones coronarias e isquémicas¹⁶.

Por consiguiente es interesante saber las escalas utilizadas para su análisis objetivo, siendo la EVA (Visual-analógica) la más empleada por enfermería¹⁷, existiendo también otras medidas como el índice de Lattinen usado en consideración con el dolor crónico aunque de no muy segura consistencia, por muy usado que sea;

“El IL es un instrumento ampliamente utilizado en el ámbito del estudio y tratamiento del dolor crónico, a pesar de su origen confuso y la inexistencia de trabajos que confirmen su idoneidad como instrumento de medida”(V.Monsalve et al, 2006)¹⁸.

Como punto final, consideramos que no debemos de aunar a los dos sexos dentro de la subjetividad del dolor, es imprescindible dar un enfoque neutro y científico fundamental en cuestión de género en este ámbito de las relaciones humanas, pero también es fundamental dar un enfoque en clave de género, ya que no es lo mismo la percepción social del dolor en un hombre que en una mujer ni tampoco, en numerosas ocasiones la percepción endógena personal e individual de cada ser humano, sea hombre o mujer, luego es importante que un profesional de la enfermería conozca como son las reacciones de los pacientes al dolor según el sexo, como dicen Claudia Carneiro y Hazem Adel:

“son cuestiones importantes que deben ser analizadas, no solamente por el placer de la curiosidad intelectual y científica, sino con el fin de posibilitar un mejor tratamiento en mujeres y hombres” (Carneiro de Araujo Palmeira et al, 2011)¹⁹

Además de una existente desigualdad de género en el tratamiento de dolor en el sexo ya que observamos que hay desigualdades en la prescripción de analgesia, algo que muestra una realidad en el mundo sanitario de nuestro país²⁰.

“El dolor está relacionado estrechamente con procesos hormonales, por eso, razón por la cual el dolor de la mujer depende en parte de las variaciones en su ciclo hormonal” (W. Gutiérrez Lombana et al, 2012)²¹.

Finalmente, Debido a la relevancia de la comunicación, verbal, y no verbal en la relación enfermera-paciente y la influencia del dolor en el ser humano y en las relaciones habituales entre el personal sanitario y el paciente sería atractivo el conocer que grado de relación hay entre ambas variables, y sí existe, que elementos son los de mayor peso en dicha relación y como hemos hecho énfasis anteriormente que diferencias y similitudes en clave de género hay existentes entre el dolor, la comunicación y los hombres y las mujeres.

2.3. Objetivos del estudio.

2.3.1 Objetivo General.

-Determinar de la forma más aproximada el grado de relación existente entre la comunicación humana verbal y no verbal en pacientes afectados de dolor físico y psicológico.

2.3.2. Objetivos específicos.

-Conocer el déficit o adecuada formación de los profesionales de enfermería respecto al entendimiento y el tratamiento del dolor y las técnicas conductuales.

-Conocer cómo la literatura científica describe la percepción del dolor en clave de género para saber adaptar el tratamiento a los y las pacientes en la práctica clínica.

3. METODOLOGÍA.

3.1. Tablas de búsqueda

TABLA 1ª Tabla de búsqueda bibliográfica.

BASE DE DATOS	Nº docs. Encontrados.	Nº docs. Revisados.	Nº Docs seleccionados.	Cadena de búsqueda
SCIELO	561	30	7	Dolor, sexo, cuidados.
SCIELO	121	10	2	Dolor, género
SCIELO	3	3	2	Dolor Y Comunicación No verbal
CUIDEN PLUS	41	41	7	Comunicación AND no verbal AND (dolor OR mensajes)
CUIDEN PLUS	44	30	1	Comunicación AND dolor AND (sexo OR mensajes)
CUIDEN PLUS	794	20	4	Dolor AND (comunicación OR no verbal)
CUIDEN PLUS	7	7	1	Bioetic* AND trata* /cuidados AND dolor
ENFISPO	2	2	1	Dolor Y Comunicación

ENFISPO	1	1	1	Dolor Y Mensajes
ENFISPO	9	9	1	Comunicación Y no Y Verbal
IME	39	25	1	Dolor Y comunicación
LILACS BIREME	162	30	8	Dolor AND Comunicación
PUBMED	17	2	2	Pain AND communication AND message (Title/abstract)
PUBMED	29227	40	17	Pain AND (communic* OR message)
META-BUSCADOR	Docs encontrados.	Docs Revisados	Docs utilizados	Palabras clave.
SCOPUS	13076	10	2	Communic* AND pain
GOOGLE ACADÉMICO	16800	20	3	Dolor comunicación no verbal género
MedLine	7731	3	1	Dolor

FUENTE ELABORACIÓN PROPIA.

3.2. Estrategia de Búsqueda

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: IME, PubMed, MedLine. Cuiden Plus, Google Académico, SCOPUS, Scielo, ENFISPO y LILACS, Bireme. El método de búsqueda incluye en general documentos de ensayos clínicos, revisiones bibliográficas, actas y tesis y literatura gris. En el apartado de anexos se incluyen los documentos más importantes empleados, y la categoría de artículo a la que pertenecen así como el método de estudio que emplean. En referencia a las palabras clave empleadas hemos tenido que especificar en diferentes búsquedas “comunicación no verbal” ya que con sólo “comunicación” la mayoría de los estudios sólo se referían a la comunicación verbal, aunque nos ha sido necesario estudios de ambos tipos de comunicación . Se han buscado en más bases de datos como Psycinfo, revisiones Chochrane o TESEO pero el número de documentos empleados ha sido nulo procedente de esas bases de datos y/o revisados completamente debido a que su título y resumen no nos ha interesado y/o el contenido de los artículos.

3.3. Criterios de Inclusión y Exclusión.

-Criterios de inclusión empleados:

- Tiempo no anterior a 2004-2008 hasta 2015 para mayor vigor científico.
- Textos en versión completa y gratuita en Internet (a excepción de libros).
- Tres idiomas: Inglés, español y portugués. Bases de datos nacionales e internacionales.
- Textos neutros generalizados y también orientados a la clave de género (El trabajo está escrito en género neutro, luego tanto si los artículos y determinantes son en masculino como en femenino puede orientarse a ambos sexos salvo que se especifique lo contrario).
- En consonancia directa con el tema a tratar.
- Textos genéricos de diferentes servicios de enfermería (Sobre todo donde el principal diagnóstico es el dolor).
- Que se ajusten a las palabras clave/tesauro.
- Hemos realizado un análisis de cada uno de los estudios para seleccionarlos según su utilidad a la aplicabilidad clínica, y sólo hemos seleccionado aquellos que, efectivamente, nos resultaron interesantes de aplicar en la praxis enfermera.

-Criterios de exclusión empleados.

- Documentos no actuales, excepto algunos muy relevantes.

Se rechazó toda la literatura científica que no cumpla con los criterios de inclusión.

3.4. Estilo de la Revisión

Se emplearon bases de datos y metabuscadores de enfermería, medicina y psicología/filosofía para nutrir nuestra revisión de una amplia gama de conocimiento científico.

De todos los documentos encontrados por búsqueda hemos revisado aquellos cuyos títulos y resúmenes nos atraían, y de ellos hemos leído y tabulado aquellos en relación directa con la temática, escogiendo los que creíamos relevantes en aportaciones, también hemos empleado revisiones bibliográficas para realizar una búsqueda inversa hasta llegar a artículos originales. No hemos acotado la búsqueda en población ni en servicios de atención clínica ya que el dolor es un concepto generalizado que afecta a todas las áreas humanas.

Nos ha parecido interesante el análisis de documentos basados en el género para así poder comparar la diferencia de tratamientos y de actualidad en clave de género.

Aunque hallamos empleado documentos de varias áreas científicas nuestros resultados siempre van orientados a los cuidados de enfermería y hemos empleado la terminología taxonómica NANDA-NOC-NIC para poder referirnos al plan de cuidados enfermero más

acorde a la temática a tratar, de manera estandarizada, a modo de conclusión tras la revisión de la opinión de otros autores, y decimos estandarizado para diferenciarlo de un caso clínico, ya que no está centrado en un paciente real.

*(Mirar anexo 1 contiene tabla de estudios que nos han llevado a los resultados de nuestra revisión y anexo 5 que contiene diagrama de flujo).

4. DESARROLLO DE LA CUESTIÓN.

4.1. Dolor y comunicación verbal y no verbal.

4.1.1 Dolor físico y Psicológico. Escalas de valoración.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor denomina al mismo de la siguiente manera

“Experiencia sensorial o emocional desagradable que se relaciona con un daño tisular real o potencial, que se describe en términos de ese daño” (OMS)²²

Así el dolor se puede clasificar:

*Según su patogenia²²

-**Neuropático**: Se produce directamente por daño o bien en las ramificaciones nerviosas periféricas o bien en las centrales, con una afectación inclusive de los plexos nerviosos.

-**Psicógeno**: Dolor derivado del entorno psicosocial, puede relacionarse comúnmente con el dolor psicológico y/o sufrimiento, muy influenciado por el alrededor del individuo.

-**Nociceptivo**: Dolor común. Somático y visceral.

*Según la localización²²:

-**Somático**: Se excitan los nociceptores psomáticos de manera que no se considera muy normal, es el dolor de tipo músculo-esquelético y vasos y suele responder a AINEs (Antiinflamatorios No Esteroideo). También es el dolor base en problemas traumatológicos como esguinces y fracturas.

-**Visceral**: Se inicia con la excitación de los nociceptores viscerales, no suele responder a AINEs y suele ser el tipo de dolor orgánico, metastático y oncológico, se suele producir en las vísceras por acumulación de elementos o algún tipo de metástasis.

*Según su duración²²:

-Agudo: Determinado dentro de un tiempo considerado de 6 meses y raramente influido relevantemente por un factor psicogénico. Es brusco y remite cuando remite la causa que lo provoca.

“Casi siempre de inicio reciente y con frecuencia relacionado con una lesión específica, el dolor agudo indica la ocurrencia de daño o lesión (...) Con fines de definición, el dolor agudo puede durar de segundos hasta 6 meses” (Smeltzer S.C et al, 2013)¹⁷

-Crónico²²: Es un dolor persistente y prolongado en el tiempo, muchas veces influenciado por el estrés y el miedo social del paciente, y muchas veces dura hasta el fallecimiento.

“El dolor crónico es constante o intermitente, persiste más allá del tiempo esperado de curación y rara vez puede atribuirse a una causa o lesión específica (...) El dolor crónico es aquel que dura 6 meses o más, aunque 6 meses es un período arbitrario para diferenciar entre dolor agudo y dolor crónico” (Smeltzer S.C et al, 2013)¹⁷

*Según la intensidad²²

-Leve: No interfiere en la rutina diaria.

-Moderado: Interfiere moderadamente en la rutina diaria y necesita de opioides menores

-Severo: Interfiere en la rutina y en el descanso nocturno necesitando de opioides mayores.

Según la intensidad del dolor la OMS proporciona una escala analgésica de leve, moderado a severo de administración de los opioide de débiles a fuertes más el uso (o no) de coadyuvantes y/o co analgésicos, escala muy útil sobre todo en el ámbito del dolor crónico y en los cuidados paliativos.

*Según el curso²²:

-Continuo: longitudinal a lo largo del día sin amaines.

-Irruptivo: dolor exacerbado con dolor de fondo estable.

Otras clasificaciones del dolor del ámbito de la medicina es aquel dolor complejo que no cede a las recomendaciones de la escala analgésica de la OMS, y el dolor sensible a

farmacología dependiendo de si es más dado a ceder antes AINEs y opiáceos y aquel dolor que no es sensible ante tales fármacos²³, existiendo también otras clasificaciones del dolor como el dolor opresivo, el punzante, el irradiado²⁴

Es la OMS quien realmente hace un análisis exhaustivo del dolor, tanto en población adulta como en infantes²².

El dolor es un elemento natural del ser humano que es elevadamente subjetivo y por ello se necesita de una valoración y un estudio multidimensional, siendo el paciente la principal fuente de información sobre el dolor como consecuencia de la subjetividad¹⁷.

En función a las escalas y los elementos de valoración que enfermería emplea para la valoración del dolor se utilizan desde escalas analógicas que suelen puntuarse de 0 a 10 o desde la ausencia de dolor hasta un dolor muy intenso, un ejemplo es la escala visual análoga (EVA)¹⁷.

También encontramos las escalas de expresiones faciales, en las cuales, los pacientes señalan la expresión más dada a su sensación, siempre debemos de tener en cuenta que:

“El uso de una escala escrita para valorar el dolor puede no ser posible en personas que están muy enfermas, tienen dolor intenso o recién regresaron de una operación”
(Smeltzer S.C et al, 2013)¹⁷

4.1.2. Comunicación verbal y no verbal

El ser humano es totalmente un ser conductual

“Toda conducta es comunicación; más precisamente, toda “Inter conducta” es comunicación, dado que, como dijimos, el hombre es un ser en relación, Vivir es relacionarse, relacionarse es vivir” (Watzlawick, P. et al (1991)²⁵

La comunicación es todo aquel intercambio de información y retroalimentación entre dos o más personas, el ser humano es un ser social.

En particular la comunicación y sus axiomas se subdividen en dos tipos principales de comunicación: la verbal y la no verbal²⁵

-Comunicación verbal:

La comunicación humana verbal abarca tres subtipos²⁵ :

-Semántica: la interpretación clave es el punto principal de la comunicación.

-Sintáctica: corresponde a los canales de la comunicación.

-Pragmática: la comunicación tiene una relación causa-efecto en la conducta.

-Comunicación no verbal:

En la comunicación no verbal encontramos cinco axiomas o subsistemas principales:

-La kinésica: que estudia el movimiento gestual y corporal del ser humano, ya que los gestos y la postura humana aportan mucha información sobre los estados afectivos que las personas tiene inconscientemente, y se divide a su vez en el subsistema de contacto refiriéndose al contacto físico entre seres humanos como elemento comunicativo, y el subsistema ocular siendo el contacto ocular un generador de mensajes continuo²⁶.

-La proxémica: está muy marcada por la cultura y el entorno, estudia el espacio de distribución y las distancias entre seres humanos (ej; un profesor en una clase está más elevado o por delante sentado de sus alumnos lo que subliminalmente le otorga el poder)²⁶

-Cronémica: Es el uso que el ser humano hace del tiempo siguiendo el patrón marcado por aspectos socio-culturales, dividiéndose en monocronía si el tiempo está radicalmente distribuido y policronía, si no es tan segmentario. (Ej: las culturas norteamericanas son monocrónicas y las latinas son policrónicas debido a que, bajo la aceptación cultural, los seres humanos son capaces de llevar a cabo varias actividades a la vez)²⁶

-Diacrítica: Incluye todos aquellos aspectos que nos hablan sobre la personalidad y los lazos de identificación de una persona para consigo mismo y para con su entorno, incluyendo el estilo de vestimenta y aseo personal²⁶.

-Para lingüística: Es toda aquella comunicación no verbal que acompaña a la verbal, las palabras constituirían la comunicación verbal y el tono de voz la no verbal debido a que la entonación expresa emociones que hacen que una misma palabra hablada cambie el mensaje enviado²⁶.

En el ámbito científico esto no es menos importante, y la enfermería como ciencia, acepta esto como tal, en la gestión y administración enfermera, la “Teoría de los Sistemas” Ludwig Von Bertalanffy incluye el concepto de la retroalimentación o *feedback*, dándole gran énfasis a esta palabra, teniendo por delante a las relaciones humanas en la gestión enfermera.

“¿qué es la enfermería?, ésta es una pregunta que cada estudiante de enfermería necesita recaudar dándose cuenta así de en lo cual se ha involucrado” (Hildegard. E. Peplau, 1988)⁵, que relaciona la enfermería directamente con el comportamiento humano y la comunicación humana en las relaciones humanas.

“Todo comportamiento humano tiene un propósito y una búsqueda de objetivos, todo ello energizado por la tensión y la ansiedad; designado a sabiendas o no, en términos de cómo una percepción individual en relación con otros, y en términos de técnicas y habilidades, que brindan dentro del juego cuando su personalidad es amenazada y debe ser defendida. Estos comportamientos requieren transformación de la energía derivada de la tensión y la ansiedad” (Hildegard E. Peplau, 1988)⁵

4.2. Comunicación y dolor.

4.2.1 La información que nos da la comunicación

Una vez conocido e interiorizado el concepto de dolor, y de la comunicación verbal y no verbal podemos mostrar enlaces que unan ambos conceptos y nos den aportaciones sobre el tema a tratar, aunque pareciere que por separado ambos conceptos no tengan relación, lo cierto, es que la tienen en el ámbito de la praxis, y es necesario conocer las bases fisiológicas del dolor y las bases antropológicas de la comunicación humana

Son bastantes los profesionales que se encargan de analizar y de estudiar la comunicación en el duelo, el dolor y el sufrimiento, algo que en enfermería es muy interesante porque despierta el espíritu de un trabajo interdisciplinario y holístico para establecer algo tan importante como una relación terapéutica entre enfermero y paciente, para ello es totalmente importante la eficacia del primer paso, la entrevista con el paciente, en la cual nuestros principales objetivos son revertir los sentimientos negativos por los positivos, la tristeza por la alegría, el miedo por el entusiasmo, todo ello se puede realizar mediante técnicas comunicativas efectivas, se podrían realizar técnicas de acogida que la realizan tanto enfermeras como médicos, como psicólogos, para entablar la relación terapéutica ya comentada, básicamente nuestra técnica sería conocer qué sabe el paciente, saber qué le preocupa y saber cómo usar la comunicación para resolver todos sus miedos, o en tono más realista, lo que podamos resolver, pero si hay una etapa muy o de la más importante es saber reaccionar ante las emociones de los pacientes, ante las cuales la enfermera debe mostrar apoyo, teniendo en cuenta que son etapas adaptativas humanas ante las que hemos de mostrar la mayor empatía posible²⁷.

“La valoración del Dolor Total es una desafío actual que, de ser logrado, mejorará la calidad de vida y bienestar psicológico tanto del paciente oncológico como de su familia y otros significativos” (E.Muñoz et al, 2010)²⁸

Pero también debemos plantearnos si la comunicación verbal y no verbal sirven igualmente de terapia para el paciente como para fuente de datos para el enfermero, es conocido, que la relación terapéutica ante un paciente con sufrimiento, es una relación basada en la comunicación verbal y no verbal, en la que tanto la verbal y las técnicas de apoyo son importantes como una simple mirada de cariño o un silencio, pero qué nos dicen a nosotros los pacientes con sus gesticulaciones, generalmente, suele ser interesante fijarse en enfermos no comunicativos, que sólo utilizan la faceta no verbal del ser humano, luego es muy interesante observar las expresiones faciales de estos pacientes.

“Por lo tanto, precisa evaluación de los comportamientos no verbales del dolor: como la expresión facial, especialmente en el críticamente enfermo, son importantes, las expresiones faciales y proporcionar una medida fundamental de comportamiento para el estudio de la emoción, los procesos cognitivos y la interacción social” (Ekman, 1999)²⁹.

La expresión de las emociones es variada en los seres humanos, muy ligada a la personalidad y extroversión a la persona , pero dentro de la comunicación no verbal un factor que nunca asociamos a ella, son las lágrimas, también influenciadas por lo social, que de hecho se especula que cuando la especie humana no poseía la capacidad actual de comunicación verbal, el llanto suplía una faceta de la comunicación social en la que los humanos poseían mucha más habilidad en comunicación no verbal⁴.

4.2.2 El dolor desde diferentes ámbitos.

El dolor físico.

Los principales estudios cognitivos sobre la expresión humana del dolor se centran en estudios frente a descarga eléctrica, frío, presión e isquemia muscular, realizados por PrKachin dando como resultados, el descenso de la frente, el cierre de los párpados, fruncir la nariz y fruncir los labios y el levantamiento del labio superior, algo que no sólo muestra a los profesionales la ausencia o la presencia de dolor, sino también la intensidad subjetiva del observador de este, algo que en la práctica clínica realizamos pero inconscientemente. Por otro lado, el matiz de género también están presentes en el dolor y en su expresividad, y en una muestra de 40 pacientes, 20 hombres y 20 mujeres, no se encontraron diferencias en la

expresividad de la sensación del dolor, algo que coincide con observaciones de estudios anteriores³⁰.

A continuación vamos a ejemplificar diferentes estudios realizados en diferentes unidades sanitarias y en dos etapas vitales especialmente vulnerables, la infancia y la vejez.

-El dolor en la Unidad de Cuidados Intensivos y en Urgencias y Emergencias.

En definitiva, aunque consideremos que un paciente, acercándonos más a la práctica clínica, por ejemplo, con ventilación mecánica en una Unidad de Cuidados Intensivos no necesite tanta comunicación, lo cierto es que la necesita y los profesionales de enfermería deberían saber usar sus conocimientos en relaciones humanas para llevar a cabo la relación terapéutica, y se ha encontrado que en un estudio en este tipo de pacientes, un 72% mostraba escritos firmados sobre comunicación por parte del enfermo en algún determinado momento de su estancia, de ellos los más documentados, fueron entre el cliente y enfermería, principalmente, usando la comunicación no verbal aunque luego los mismos pacientes describieron un deterioro de la comunicación potencial y, a veces, real, cuando se encuentran en estado crítico, lo que nos da a entender que enfermería debe mejorar mucho las habilidades ya que está demostrado que la enfermera es un interlocutor muy relevante en este tipo de pacientes y puede humanizar la asistencia de enfermería, ya que es nuestra principal responsabilidad, cuidados humanizados y holísticos³¹.

Pero nunca debemos olvidar que en estos servicios especiales donde encontramos a diario tanto a pacientes comunicativos como no comunicativos, donde se ha demostrado que las constantes vitales son una importante fuente de comunicación de dolor corporal en pacientes no comunicativos,³² que no nos referimos a que sean totalmente no comunicativos sino que no siguen los patrones de comunicación, ello aplicable también al ámbito de las Urgencias vitales donde el dolor aunque normalmente agudo, y fácilmente evitable con la administración de analgesia, viene muy influido por la ansiedad que el mismo deriva y por la subjetividad de afectado y terapeuta²⁴. En general podríamos afirmar tras la revisión de la literatura científica que el abordaje del dolor debido a la percepción subjetiva del mismo, es en sí mismo subjetivo y realmente está ciertamente relacionado con la interrelaciones y la subjetividad entre terapeuta³³.

“Establecer una relación significativa con el paciente es una de las principales funciones de comunicación en la asistencia de enfermería” (A.C.Arājuo Machado et al, 2006) ⁹.

-El dolor en la Reanimación Post-anestésica.

Otra de las facetas clave donde enfermería tiene una labor muy especial es en las unidades de reanimación post-quirúrgica, que están totalmente basadas en los cuidados de enfermería, donde se valora mucho la interacción con los cuidadores, y en estudio realizado sobre la Unidad del Dolor Agudo Post anestésico de Sevilla pone de manifiesto que lo peor valorado es precisamente la comunicación y sobre todo en el personal de enfermería, mientras que lo mejor valorado es la analgesia en su mayoría refiriéndose al personal médico³⁴ aunque es cierto que han pasado 10 años desde este estudio, pone de manifiesto el déficit de enfermería en la aplicación de la comunicación y los cuidados de contacto humano en algunas facetas, siendo profesionales formados y dedicados a ello.

“La estancia de los enfermos sin dolor debe ser un objetivo de calidad asistencial de todos los SMI”, “El control del dolor es no sólo una obligación por cuestiones humanitarias, sino una obligación médica para reducir la morbilidad y mortalidad de los pacientes críticos. (C.Pardo e t al, 2006)”³⁵.

Y efectivamente, la importancia de la comunicación se puede hacer mucho más relevante en el ámbito quirúrgico, sobre todo en la Unidad de Reanimación Post-Anestesia donde el dolor agudo post-quirúrgico es el diagnóstico enfermero más dado y donde también sabemos que en el paciente quirúrgico la comunicación, la información y la educación para la salud por parte de medicina y de enfermería es una poderosa herramienta que poseen los profesionales para proceder al descanso y la calma de la ansiedad y nerviosismo del paciente, que además, como en este artículo procedemos a mostrar, es un factor directo sobre la intensidad subjetiva del dolor por el paciente al incrementarlo mediante la auto-sugestión, también se ha demostrado que el uso de la comunicación verbal como no verbal en conjunto establece una mejor observación⁶ porque el uso de estrategias visuales también ayudan a determinar rasgos de la etnia y cultura del paciente algo que como mostraremos más adelante, es muy importante en la percepción del dolor para hombres y mujeres, así como un uso adecuado de los narcóticos⁶.

-El dolor durante la realización de técnicas invasivas.

Sin embargo, algunos estudios ponen de manifiesto, que la comunicación no verbal es más eficaz que la verbal, y que la verbal no otorga tan buenos resultados como esperábamos así María Dolores Ojeda Ramírez³⁶ y su estudio sobre la influencia de la comunicación verbal en la punción en hemodiálisis y sus colaboradores, destaca que la punción venosa es más dolorosa que la arterial y que ni el enfermero, ni mantener una conversación mientras se realiza la punción disminuye la cantidad de dolor que sufre el paciente en el instante³⁶.

Para la BJA o Sociedad Británica de Anestesia realizaron un estudio sobre la influencia de la comunicación en el dolor durante una canalización intravenosa en un estudio prospectivo randomizado en 101 adultos mayores de 18 años y aunque redactan que el tamaño de la muestra es poco suficiente, si afirman que la terminología del lenguaje y la expresión humana son grandes afluentes en nuestra percepción del mundo que nos rodea y en todo lo que nos influye, aunque algunas advertencias PRE-canalización pueden no ser del todo adecuadas.

“La comunicación con los pacientes es una parte tan cotidiano del día del anestesista que se presta poca atención a las respuestas subconscientes de los pacientes a su verbal y no verbal señales” (J.Dutt-Gupta et al, 2007)³⁷

-El dolor en la Atención Primaria y en Cuidados alternativos.

También podemos observar las relaciones humanas relacionadas con el dolor, en el ámbito de la atención primaria.

En la comunicación no verbal destacamos el hecho de que podemos usarla también a la hora de aplicar técnicas de educación para la salud para el uso y mostrar mensajes subliminales a los pacientes que les ayuden a mejorar su afrontamiento del dolor como por ejemplo el uso de mensajes visuales ante pacientes a los cuales les van a ser administrados la vacuna del tétanos y como el uso de estos mensajes incrementa la confianza y desalienta el miedo y el temor en los pacientes, y aún mejor, anima a que más pacientes quieran vacunarse e inmunizarse⁷, aunque efectivamente si lo que queremos es la promoción de la salud, a parte del manejo del dolor en nuestros pacientes, un buen *marketing* atractivo y captativo también es una buena manera de hacer llegar nuestros objetivos y nuestras pretensiones a los usuarios³⁸.

Podríamos también comparar las preferencias entre las prácticas tradicionales y las órdenes médicas tradicionales en centros de enfermería frente a técnicas de elección y comunicación para alargar la vida teniendo más consistencia este tipo de órdenes tradicionales según un ensayo clínico aleatorizado de Susan E. Hickman et al⁸.

Eveline H. Van der. Peet et al¹⁵ también estudiaron la influencia de la Educación Para la salud dada por enfermería en pacientes con cáncer en los cuales el diagnóstico estrella es dolor crónico y, en definitiva, el estudio reveló que las técnicas de educación, dadas por el equipo de enfermería en una muestra de 120 pacientes en un ensayo aleatorizado aumentó las bases y los conocimientos del dolor y, en consecuencia, lo pacientes refirieron una disminución del dolor que les dejó conformes y propició la recomendación a otros pacientes, lo que nos hace deducir que efectivamente, en el tratamiento del dolor crónico enfermería debe aplicar más información, promoción y educación.

Como anteriormente se había comentado, también forman parte de la salud la enfermería el dolor producido en prácticas de cuidados alternativos, como la medicina natural china, también podría ser medido y analizado en pacientes que incluyen en su salud este tipo de técnicas como demuestra un estudio de técnicas comunicativas proveedor- paciente en la acupuntura de pacientes con osteoartritis y el uso de intervenciones clínicas basadas en la comunicación, sea verbal o no verbal, tiene unos efectos y unas consecuencias no muy grandes pero sí relevantes dando lugar a una reducción de la percepción del dolor de los pacientes de acupuntura y una mayor satisfacción con el terapeuta³⁹, en la osteoartritis hablamos de pacientes con dolor crónico cuya localización es más fácil de delimitar que la intensidad y duración del dolor siendo los adultos con esta patología médica buenos descriptores de sus percepciones así como personas que en estudios se hayan en buena información sobre lo que es su dolor⁴⁰.

-El dolor en la población pediátrica, materno-infantil.

También nos resulta interesante analizar el dolor en las dos etapas de la vida consideradas de mayor fragilidad en el ciclo vital humano.

Por otro lado, ha sido estudiado que unas de las técnicas que utilizan las enfermeras y enfermeros pediátricos es la observación conductual, es decir, la vigilancia de los signos no verbales usando de nuevo la escala EVA por su economía de tiempo y facilidad de entendimiento y las capacidades de comunicación social de los infantes aumentando la capacidad de alivio del sufrimiento entre niños de 2 y 3 años, justamente niños con mayor desarrollo cognitivo que como Piaget comenta en esta etapa los niños desarrollan y manejan mejor las habilidades comunicativas⁴¹.

De hecho ello se ha demostrado, cuando hay signos evidentes de sufrimiento físico o psíquico en niños y niñas tanto por parte de los padres como por parte de los profesionales, sobre todo demostrado el sentimiento y la emoción de impotencia de parte de ambos colectivos por el hecho de no poder hacer nada ante la tristeza demostrada en los infantes¹⁰.

-El dolor en la población geriátrica.

También, es importante la consideración del dolor y de la comunicación en la población geriátrica, como habíamos comentado el equipo de enfermería pasa casi todo su tiempo acompañando a los pacientes que dan muchas pistas de su situación mediante su expresión facial, la para lingüística de la agitación al hablar, llanto y lágrimas, por ello es tan importante la asistencia y la atención a la comunicación no verbal de los pacientes en el proceso del dolor

y establecer una relación de base sistemática para una buena praxis y asistencia de los cuidados ello en cuanto a la comunicación no verbal, necesario para ello también la incentivación⁹, en cuanto a la comunicación verbal, es imprescindible el hecho de la educación para la salud que calma el dolor sugestionado y apaga exponencialmente la desesperanza y el temor ante lo desconocido a modo de dolor psíquico;

“El impacto de la información sobre el dolor y las expectativas de los pacientes quirúrgicos ante el manejo del dolor son temas bien establecidos (...)La falta de información por parte del personal sanitario a los pacientes y sus familiares, contribuye a que un alto porcentaje de personas con dolor no esté recibiendo el tratamiento adecuado”(E.Arbón et al, 2009)⁴².

-El dolor psíquico y mental: Salud mental, Ansiedad, Temor, Depresión y duelo.

-El dolor en la psiquiatría.

Otro ámbito de la enfermería muy afectado por el dolor tanto físico como psicosocial y en especial el estigma, es el ámbito de la salud mental, donde de gran importancia es, como anteriormente comentamos, Hildegard E. Peplau⁵ ya que el uso de la teoría de las relaciones interpersonales y, de una entrevista enfermera ayudan a mejorar la calidad de vida y de asistencia de los pacientes psiquiátricos, sobre todo en su estigma y en su reconocimiento social como personas de pleno derecho⁴³;

“En la consulta de enfermería sustentada no referencial, abre la posibilidad de percibir la comunicación no verbal y entender lo necesario para cuidar a los pacientes, estas actitudes son acciones terapéuticas”(D. de Souza Canabrava et al, 2011)⁴³

Ansiedad, temor y duelo

También tanto en Atención primaria como especializada los profesionales de la salud conocen el hecho de que un gran problema de la sociedad actual viene dado con las enfermedades cardiovasculares, y que ello conlleva la necesidad de llevar nuestros estudios centrados en la investigación del dolor y la comunicación humana a este ámbito tan importante y conocer si los pacientes cardiopatas usan adecuadas estrategias para luchar contra el dolor, y algo también muy importante, la sensación de muerte inminente, algo muy apreciado en pacientes de I.A.M y Ángor Péctoris, luego mostramos de especial relevancia las cardiopatías isquémicas y constrictivas y el resultado obtenido por Martínez Quéss et al¹⁶ fue que en su mayoría el cardiopata evitaba reconocer su patología como una enfermedad crónica , y además de especial relevancia el impacto social y familiar en las estrategias de afrontamiento

del estrés, es decir, proceso de negación o evitación del rol de enfermo, por ello enfermería debería actuar detenidamente y, como cualquier proceso normal y fisiológico ante la pérdida del estado inicial subjetivamente considerado de salud, ayudar a superar el “duelo” y ayudar a los pacientes a reconocer que deben aceptar que tienen determinada patología y, luchar para seguir adelante con ella, en caso de que no hubiera posible solución médica, la misma situación que los pacientes afectos de fibromialgia cuyo diagnóstico enfermero más estandarizado es el dolor crónico demostrado que el tratamiento conductual es muy importante, y también destacar la importancia de un tratamiento integral donde todas las profesiones sanitarias pongan de sus conocimientos para el mayor bien del paciente⁴⁴, de hecho el apoyo emocional sobre todo basado en los preceptos y la teoría de Dorothea Orem como teórica de enfermería es uno de los grandes pilares de la praxis enfermera en el dolor⁴⁵. A pesar de las críticas realizadas sobre la comunicación verbal respecto a la no verbal, también encontramos ensayos y revisiones, que efectivamente, arrojan diferentes resultados⁴⁶ demuestran sobre el uso clave de la comunicación verbal en pacientes sujetos a una terapia física, más usada por los proveedores de cuidados femeninos y, aún más, por mujeres experimentadas en su ámbito de trabajo⁴⁶.

Por ello, también ponemos de manifiesto en nuestro trabajo que la comunicación verbal también es muy útil en el manejo del dolor y en la relación terapéutica entre proveedores de cuidados y pacientes afectados por dolor.

Por otro lado las respuestas humanas al dolor son múltiples, y como respuesta fisiológica está la ansiedad, un mecanismo corporal normal que nos ayuda a prepararnos ante lo amenazante y a activar otros mecanismos de nuestro organismo pero que, cuando sobrepasa determinado límite o umbral pasa de ser fisiológico y natural a ser patológico aumentando la diaforesis, la sobreexcitación, disnea, diarrea, etc que en vez de paliar la sensación de dolor, al revés la puede acentuar o mantener¹².

También planteamos estudios e investigaciones que demuestran que debe existir un mayor compromiso por parte de enfermería en determinados aspectos y en determinados ámbitos, como el de los cuidados paliativos, donde el dolor es un importante diagnóstico enfermero y se debe descartar el que un alto porcentaje de profesionales sientan tanta inseguridad tanto a la hora de la valoración, como a la hora del tratamiento y en el seguimiento de sus pacientes, y en muchas ocasiones se destaca la falta de planificación con inclusión del cuidador familiar e informal en los cuidados de enfermería y su continuidad⁴⁷, pero más allá de todo ello, la comunicación verbal también es tan importante en el control del dolor como intervención enfermera en nuestros pacientes que una baja alfabetización oral constituye,

considerablemente, un gran muro a la hora de tratar la ansiedad en los cuidadores y cuidadoras derivados del no entendimiento, el temor o la desinformación⁴⁸.

También creemos que es importante mostrar que la cualidad humana de usar la comunicación no verbal y verbal para, intencionadamente, causar optimismo en los pacientes, es algo totalmente atractivo tanto para mejorar las expectativas del cuidador y del paciente como para las expectativas de los mismos profesionales de enfermería, en el caso de terapias alternativas se muestra el hecho de que el “optimismo” aumenta el afrontamiento y la confianza de los usuarios y, lo que más revela en nuestra revisión, es que mejoraba notablemente la interpretación y la puntuación del nivel de dolor por los propios pacientes⁴⁹.

Generalmente, la mirada, centrándonos en la comunicación no verbal es un instrumento importante a usar para la expresión del dolor, para la expresión de sentimientos y emociones por parte del terapeuta, la observación y el mantenimiento de silencios sin dejar de comunicar y también, para la expresión del peligro o de amenaza, generalmente, si la mirada de la persona se extiende hasta puntos lejanos y mantiene una expresión de amenaza inminente, que puede afectar tanto al observador como al interpretador, nuestro organismo liberará adrenalina en un circuito hormonal de autodefensa ante amenazas externas, así el uso de gestos faciales permite interpretar la mirada y, además, qué implicaciones, retribuciones y consecuencias tiene para ambos actores⁵⁰.

En general debemos de tener en cuenta que tanto la comunicación e interactividad humanas como la educación (*infobutton*) van unidas de la mano y relajan el temor y el dolor psicológico de los pacientes así como sus miedos y aumentan su capacidad de afrontamiento en la toma de decisiones, tanto en cuestiones relacionadas con el tratamiento conductual como en el tratamiento farmacológico⁵¹, lo que sí es cierto que muchas veces en la provisión de servicios sanitarios y comunicación y relación con agencias los profesionales más jóvenes prefieren el uso de las nuevas tecnologías que los más veteranos, es decir el uso de e-mails, etc. para la vigilancia y las alertas y los avisos que mejoran, entre otras cosas, la vigilancia epidemiológica⁵².

Por ello la incidencia de numerosos profesionales e investigadores de la ciencia enfermera, especialmente de los equipos de enfermería, de incidir en el uso de técnicas cognitivo conductuales en el tratamiento de pacientes psiquiátricos relacionados con el estado de ánimo y alteraciones de ansiedad-depresión-estrés con el principal objetivo de eliminar los síntomas depresivos también, podríamos añadir con el uso de las TIC y del correo electrónico, así como de terapias y cuidados comportamentales⁵³.

También es importante destacar que la expresividad y la comunicación no verbal de una persona varía dependiendo del observador que esté presente ya que ésta aumenta si en la relación terapéutica está presente la pareja, en definitiva, las personas se suprimen, en general, al estar presentes personas desconocidas, y la aumentan al estar con personas íntimas⁵⁴.

Como en cualquier ámbito de atención enfermera la atención a pacientes con procesos de dolor y sufrimiento también necesita de una gestión y administración de recursos tanto materiales, como capitales y humanos, y nuestras búsquedas se han centrado en el uso de una gestión basada en los cuidados de enfermería, siempre individualizados a las necesidades del paciente y de ahí la importancia de que el “líder” del equipo sea una persona que oriente el cambio hacia los cuidados y la humanización enfermera en un cambio de ritmo holístico, intentando dejar cada vez más atrás el modelo biomédico⁵⁵.

Así tanto el líder como el equipo subyacente y análogo a él o ella, deben de tener en cuenta la importancia del desarrollo de las habilidades de la comunicación social en la enfermería, que a priori, empieza englobando los elementos de la comunicación humana, la no verbal, la para lingüística y la verbal como métodos importantes para la atención y praxis enfermera, por consiguiente el estudio de R. Ramón García et al⁵⁶ reveló como resultados las siguientes habilidades y cualidades humanas: **empatía, cordialidad, educación y respeto, escucha activa y asertividad, aportar información realista y veraz, entendible y concreta, tanto a nivel oral como escrito, pensar antes de comunicar, observación, hablar manejando la comunicación no verbal con tono de voz y ritmo adecuado y repitiendo conceptos clave, retroalimentación o feed-back enfermera-paciente, manejar la expresión facial, actitud adecuada, y realizar determinados grafismos o ilustraciones utilizando el lenguaje corporal**⁵⁶.

Aún así también es importante como anteriormente comentamos que la empatía no es sinónimo de mostrar debilidad y excesiva interacción con el paciente,

“Lo que quiero decir con esta narrativa no es que nos tengamos que sentir como nuestros pacientes, pues somos profesionales y no debemos dejar que las malas noticias de nuestro alrededor nos afecten. Pero si es importante que cuando las transmitamos intentemos ser más comprensivos con la situación que están viviendo y más explícitos con la información que damos” (V. Corbacho Sánchez, 2014)¹⁴.

4.2.3 *El profesional sanitario.*

Por otro lado los profesionales de la salud, también sufren psicológicamente, y uno de los temas que más les hacen sufrir es, el ver sufrir a otros pacientes, por un lado, y la muerte por otro, y se sufre por el simple hecho que en muchas ocasiones hay que comunicar malas noticias, algo que se sabe que va iniciar una etapa de duelo y dolor psicógeno, por ello también la psicología clínica recomienda técnicas de comunicación verbal y no verbal para comunicar malas noticias, entre ellas los relatos verbales y las actividades expresivas⁵⁷

“estimular el relato de las experiencias vividas en lo diario o el acceso dinámico a la propuesta. El objetivo es que la persona escuche lo que está hablando, lo que permite compartir sus experiencias en grupo” (M.J.Kóvacs, 2010)⁵⁷ y las actividades expresivas;

“Introducir en las dinámicas y uso de material expresivo que permite la manifestación de contenidos despertados por la introspección y no manifiestos en la conciencia. Estas actividades permiten la expresión espontánea de sentimientos y vivencias con menos censura” (M.J.Kóvacs, 2010)⁵⁷

Es por ello que es importante que los profesionales de enfermería aprendan a utilizar técnicas de comunicación para con sus pacientes, algo que está demostrado que aumenta el *empoderamiento* de los profesionales de la salud en habilidades sociales ya que se ha demostrado que este tipo de enseñanzas tanto para profesionales como para pacientes incrementa los cambios de comportamiento para el manejo del dolor, pero se necesita de más investigación sobre su influencia, y sobre todo el marcar un proceso, unos objetivos y una evaluación⁵⁸.

También otros investigadores como Regina Claudia Silva Souza et al⁵⁹ han realizado más estudios sobre los conocimientos que el equipo de enfermería posee sobre el dolor y en sus resultados se obtuvieron variables estadísticas que mostraban que aceptablemente conocían las bases y principios básicos del dolor.

De hecho los opioide bajo prescripción médica son más adecuados para el dolor agudo, que para el dolor crónico, luego hay altas posibilidades de general una tolerancia y dependencia a la sustancia opiácea cuanto más tiempo desde el inicio del tratamiento, luego la retirada del tratamiento se ha de hacer lentamente, aunque haya pequeña posibilidad de adicción si se sigue el tratamiento tal y como lo recomienda la medicina, sí es cierto que cuando el dolor se cronifica los opioides no son suficientes para paliarlo o retirarlo, ergo hemos de buscar terapias alternativas a la farmacología, ahí entra la comunicación y el trato terapéutico, tampoco consiste que negarse a tomar una medicación, sí es necesaria se debe consumir, pero siguiendo siempre indicaciones médicas y farmacéuticas, y de enfermería, y en su justa

medida, sin llevar una sensación psicológica como es el dolor al extremo de medicalizarla excesivamente⁶⁰.

En general el análisis psicosocial que rodea al individuo es un gran factor influyente en la percepción subjetiva del dolor, y cuando hablamos de dolor subjetivo no nos referimos a dolor irreal, hablamos de dolor existente y real pero dependiente del umbral de cada individuo. Así sacamos a colación, que el todo influye en cada parte, y cada parte influye en el todo, tanto el ámbito político, social y cultural también tienen, como veremos más adelante, una gran aportación en la parte subjetiva del dolor,

“Para dar lugar al cuidado es necesario organizar el trabajo en sintonía con la naturaleza y con el interés colectivo de la sociedad y al pie de cada cosa que queremos transformar; es así como al referirnos al cuidado en enfermería denotamos que su dimensión social exige una interrelación permanente de todos los hechos actuales del mundo, del país y del individuo, para poder enriquecer la concepción del cuidado propio dentro de las actividades propias de esta profesión...” (DI. Oberto Betancourt, 2014)⁶¹.

También determinados estudios basados en el control de calidad de la atención enfermera y sus cuidados ponen de manifiesto que, aunque pasan el aprobado, se destaca el hecho de que a más longevidad en la estancia del paciente, se va deteriorando cada vez más la relación terapéutica enfermera-paciente, algo que influye gradualmente en el cuidado y el potencial de sanación de enfermería y confort de los y las pacientes⁶².

Pero sin embargo podemos observar estudios que plasman el punto de vista de las enfermeras sobre su labor ante el dolor y el tratamiento, y basándonos en la subjetividad del propio equipo de enfermería, más de la mitad de los encuestados parece denotar que su labor sí es buena aunque al estudiar sus conocimientos y bases teóricas parecen poseer un nivel medio¹¹, aunque también debemos tener en cuenta que son análisis realizados en países diferentes con sistemas educativos diferentes, si ello se acercara peligrosamente a la realidad, estaríamos ante un dilema basado en que cree la enfermera que es lo mejor y qué cree el paciente, si ambos conceptos coinciden sería más fácil buscar soluciones, pero si no coincidieran deberíamos el plantearnos llegar a un acuerdo sobre qué es lo mejor para todos, aunque es un proyecto muy arduo ya que la subjetividad asociada a la temática y el hecho de que cada paciente sea diferente al siguiente nos hace difícil el estandarizar los planes de cuidados, que ya existen estandarizados, pero que basándonos en la práctica clínica buenas veces es necesario personalizarlos.

Por otro lado no debemos olvidar que estamos en la era de la tecnología y en muchas ocasiones tanto pacientes como profesionales prefieren para comodidad de ambos el uso de las posibilidades que la tecnología y la era de Internet ofrece, como por ejemplo, se demuestra en la realización de un estudio experimental en pacientes españoles sobre el uso del e-mail para mantenerse en contacto con el personal de medicina y se obtuvieron resultados orientados a una mayor satisfacción e interacción médico-paciente, a una buena continuidad de los cuidados y a un aumento de la capacidad de gestión de recursos y costos⁶³, pero todo ello también supone un problema, que la comodidad explicada a corto plazo puede ofrecer una gran desventaja a largo plazo, el hecho de que se pierde el vínculo de la relación terapéutica entre profesional y usuario, se vuelve a deshumanizar y a tecnologizar el tratamiento y se pierde la base del vínculo emocional-psicológico necesario para una adecuada relación terapéutica.

4.2.4 Bioética en la práctica enfermera.

También son importantes, como en toda praxis enfermera, el tema llamado bioética, y los principios de autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia, el cual se ha de llevar a cabo rigurosamente pero la ética principalista también tiene sus pros y sus contras, como cada cosa, se ha de saber ser ético en cada momento y no en los momentos en los cuales interesa ser ético:

“El análisis de la literatura científica para experiencia dolorosa y los principios de la bioética ha demostrado que los profesionales de la salud frente a muchos dilemas éticos en la práctica presentación clínica y el principalismo se ha descuidado el cuidado de los pacientes con dolor” (LA. Ferreira Souza et al, 2013)⁶⁴.

Como antes habíamos comentado en referencia a la ética de principios, podemos deducir que efectivamente, la ética es muy importante en la praxis enfermera porque principalmente humaniza la práctica y una vez más es algo basado en la teoría de las relaciones interpersonales algo que como cualquier proceso humano interactivo conlleva de una comunicación, y de ahí que sea importante especialmente el observar detenidamente la comunicación y más concretamente la comunicación no verbal del paciente, la teoría de la bioética es importante pero hay que vivir situaciones reales para comprender de verdad¹³, así como es adecuado el cumplimiento de la legalidad vigente en nuestro país, como en cualquier área clínica que trate con la salud y la vida de los seres humanos:

“ser ético es ser capaz de identificar esa comunicación no dicha, bien como un estar consciente de nuestra propia comunicación no verbal, gran parte de la comunicación no verbal se expresa de forma inconsciente”, “es necesario estar atentos a nuestras propias expresiones faciales de tristeza, desprecio, enojo o mal humor, suavizarlas y no causar consternamiento en los pacientes que cuidamos” (A. C. Giesbrecht Puggina et al, 2009)¹³

4.3 El dolor en clave de género.

4.3.1 Diferencias de percepción del dolor en clave de género.

En el ámbito de la ciencia enfermera y dedicadas al cuidado, es clave, gracias a la investigación, que debemos tener en cuenta pequeñas diferencias conceptuales que hacen que los cuidados tengan que ser diferentes o similares según que casos, en el caso del dolor sabemos que el dolor es diferente tanto psicológicamente, fisiológicamente y socioculturalmente entre hombres y mujeres, y similar en algunos aspectos, por ello, es necesario el conocer las diferencias de género/sexo y similitudes para así poder adaptar nuestros cuidados a las necesidades de nuestros pacientes.

En la influencia del dolor, tanto físico como psicológico tienen lugar muchos mecanismos químico-fisiológicos como la influencia de las hormonas esteroides gonadales que afectan a la percepción del dolor mediante sus mecanismos neuronales de neurotransmisión¹⁹.

“las diferencias sexuales en la percepción del dolor, pueden deberse a la hiperalgesia en las mujeres, pero también a la hipoactividad del sistema de inhibición del dolor de las mujeres” (C. C de Araújo Palmeira et al, 2011)¹⁹

Es así como observamos que los diferentes mecanismos de transmisión, la percepción objetiva y subjetiva del dolor y su autoevaluación difiere tanto en hombres como en mujeres, no sólo marcada por mecanismos fisiológicos sino también por mecanismos socioculturales, las mujeres son “más dadas” a “los dolores psíquicos”, de hecho, dos de las enfermedades psiquiátricas más comunes, la ansiedad y la depresión, son mayoritarias en la población femenina, mientras que culturalmente se tiene al hombre como un ser con mayor soporte propio del dolor físico, y sin afectación del dolor psicógeno, esto realmente es perjudicioso para la población masculina no sólo para la femenina, porque existen hombres con trastornos ansioso-depresivos, y esta situación al no interesar ha sido poco abordada en la literatura, debido a la cultura, la feminización de esta enfermedad y el estigma derivado de ella, pero que bajo dicho patrón cultural obliga a los varones a mantenerse dentro del rol de género establecido para ellos⁶⁵.

Realmente estas diferencias se dan por causas multifactoriales, anatómicas, hormonales, neurológicas y psicológicas, la mujer activa umbrales exclusivos del Sistema Nervioso Central a diferencia de los hombres en la percepción del dolor, la evolución y la imposición de los roles considerados femeninos en nuestra cultura, incluso también han influido en la percepción del dolor de las mujeres, y por supuesto, los cambios hormonales femeninos están estrechamente relacionados con dicho dilema, siendo cierto también que las mujeres presentan umbrales más bajos de dolor en referencia al dolor de tipo neuropático, la respuesta de mayor aceptación al tratamiento con opioides es mejor en mujeres soportando el dolor mucho mejor que en la población masculina con administración de opioides in situ²¹.

Por otra parte, no más lejos de la realidad, en España²⁰ la asistencia al dolor está mucho más medicalizada en las mujeres que la asociada a los hombres, del 17,3% al 31,4 % a las mujeres, siendo también en España en el año 2006 más dolor atendido por la parte femenina que masculina, estas desigualdades de género afectan directamente tanto a la sanidad como al sistema sanitario, el estudio en concreto del que hablamos demuestra que:

“ser mujer y vivir en áreas con bajo desarrollo en clave de género son factores determinantes independientes que aumentan la posibilidad de que un médico decida prescribir analgesia. En estas áreas, las mujeres que experimentan dolor, tienen menos probabilidad de ser tratadas por un especialista que los hombres” (E. Chillet-Rossell et al, 2013)²⁰.

Interesante mencionar algo, que sólo una mujer puede vivir y puede padecer, el parto, donde se activan áreas nerviosas del dolor que no se activan a lo largo de la vida de un ser humano nulió, es decir una mujer nulió o un hombre.

4.3.2 Comunicación humana y dolor en clave de género. En referencia a los datos plasmados en el anterior apartado de nuestra revisión, podemos deducir que efectivamente hay diferencias de género en la percepción del dolor entre hombres y mujeres, y que, no sólo eso, sino también hay diferencias ante la actuación de determinados analgésicos y sabiendo que hay dolores diferentes, sabemos que se necesitan cuidados diferentes ante hombres y mujeres, no quiere decir que estereotipemos a los hombres dentro de determinados dolores y patologías y las mujeres encasilladas en otras ya que como observamos los hombres también tienen depresiones y ansiedad, como anteriormente se ha comentado, lo que queremos plasmar es que no se pueden aplicar los mismos cuidados cuando sabemos que la intensidad del dolor por norma varía entre los dos sexos pero tampoco debemos dar por hecho que una mujer tiene que tener por norma más dolor que el hombre ya que en realidad, el umbral del dolor depende de las personas, y en la práctica clínica se observa que ante una misma

patología dos personas del mismo sexo o no reaccionan totalmente diferente, luego entre esas dos personas los cuidados serán totalmente diferente los unos de los otros;

“la cultura y la pertenencia étnica afectan tanto a la percepción como la expresión del dolor y han sido el foco de investigación desde el año 1950” (A.Mailis-Gagnon, 2010)⁶⁶

Es cierto que hay variaciones físicas entre humanos de distintas culturas pero son mucho menos relevantes que las variaciones religiosas y culturales, y es por eso que debemos tener en cuenta a la hora de tratar el dolor psíquico y físico de mujeres y de minorías etno-raciales porque existe mucha pobreza en la valoración por los profesionales sanitarios del dolor que padecen muchas veces consecuencia de la pobreza del modelo bio-médico, teniendo también importancia la religiosidad y espiritualidad de las culturas, según esté integrado el dolor como algo positivo o negativo⁶⁶.

En cuanto a las afecciones del género ante el hecho del dolor se ha demostrado que tanto en el ámbito psíquico como físico las mujeres suelen mostrar una mayor demanda de la asistencia sanitaria por parte del ámbito femenino⁶⁶.

Todo ello nos hace visualizar el hecho de que los cuidados ante el dolor, no pueden ser iguales ante ambos sexos y que muchas veces la cultura, religión y la civilización “obligan” a la mujer a sentir más dolor que el hombre, por ser asociadas al ámbito débil o afectivo, algo que da lugar a la mala evaluación y cuidados de las mujeres en el ámbito doloroso, independientemente de los factores endógenos hormonales y químicos que afectan a hombres y mujeres. Todo esto también afecta indirectamente al género masculino ya que son excluidos del dolor de tipo psicógeno adoptando roles asociados a la masculinidad, cuando hay hombres que padecen trastornos depresivos, duelos, etc y no lo manifiestan debido a los roles impuestos por la sociedad, algo perjudicial para la salud interna.

Por otro lado cabe destacar la importancia de la comunicación mediante las terapias naturales como la acupuntura para el “*empowerment*” del género femenino que sufre de dolencias y en especial, de dolor crónico, en el cual es igual de importante establecer una relación terapéutica, de nuevo la presencia de la comunicación verbal y no verbal, para que los cuidados sean efectivos y si esta relación llegara a afianzarse entre terapeuta y paciente, posiblemente se llegue a un nivel óptimo de cuidados y empoderamiento de las mujeres, siempre teniendo en cuenta los factores sociodemográficos de las pacientes.

-Consideraciones especiales: Cuidados paliativos⁶⁷.

Nos parecía conveniente el incluir una mención a los cuidados paliativos que es donde el dolor y la agonía más afloran. En este ámbito de la atención clínica la agonía, considerada como el sufrimiento y el dolor en su máximo afluente y el concepto de muerte en los cuidados terminales es donde más retenido está, es por ello, que la empatía, el trato y la comunicación humana son más necesarios que nunca, para intentar producir que los últimos días del paciente sean lo más confortables posible, intentado mantener al máximo las características funcionales de los enfermos/as terminales y aplicando la antropología humana y las relaciones humanas, en definitiva, nos referimos a cuidar “Cure and care” (Curar y cuidar) y como no, la comunicación humana nos ayudará a resolver diversas cuestiones como la agonía y el pacto de silencio, tanto con los pacientes como sus familias y cuidadores y cuidadoras, donde aflora la ansiedad y la sobrecarga del rol del cuidador donde también enfermería debería intervenir mediante técnicas comunicativas, conductuales y grupales.

5. RESULTADOS.

En total hemos utilizado 71 documentos referenciados y citados, de ellos 7 son libros, 3 guías y el resto son estudios científicos publicados en revistas de enfermería y de otros ámbitos de las ciencias de la salud, entre otros utilizados mayoritariamente ECAs, Revisiones bibliográficas y literatura gris, los estudios utilizados datan en su gran mayoría entre 2015 y 2008, aunque debido a la falta de investigación en este tiempo se ha utilizado literatura científica desde 2004, y los empleados, tanto artículos de revista como libros anteriores a esta fecha es porque se ha considerado especialmente relevantes para la realización de este análisis y la tabulación de datos. A continuación por cada subíndice desarrollado mostramos los resultados más importantes obtenidos.

5.1 La información que nos da la Comunicación.

Carrillo de Albornoz²⁷ En su revisión bibliográfica pone de manifiesto la importancia de la comunicación verbal y no verbal, dentro de la relación terapéutica y el counselling en sí, en el tratamiento del dolor y el sufrimiento de los pacientes, aprendiendo a reconocer sus inquietudes, sus manifestaciones y dando estrategias para convertir la negatividad en positividad mediante la interacción humana y Eduardo Muñoz et al²⁸ valoraron el sufrimiento en una muestra total de 211 pacientes de los cuales la mayoría eran hombres y el dolor más evidenciado por los pacientes era el dolor visceral y mixto, y dentro del sufrimiento existencial encontramos sensaciones como tristeza, rabia, miedo al dolor, cansancio, culpa, angustia, aislamiento, etc. como Oscar Sierra Fitzgerald et al⁴ hablan de la importancia de las lágrimas como método comunicativo especulando también sobre los orígenes del ser humano y como suplían la falta de comunicación verbal.

TABLA N°2 Resultados más importantes.

AUTOR (Y COLS) /AÑO	APORTE A LA REVISIÓN
CARRILLO DE ALBORNOZ²⁷	Necesidad de incluir la comunicación humana en las técnicas de enfermería para aliviar dolor.
Eduardo Muñoz et al, 2010²⁸	Al dolor físico visceral y neuropático suelen ir añadidos el sufrimiento psíquico.
Oscar Sierra Fitzgerald et al, 2007⁴	La comunicación no verbal es incluso más antigua que la verbal y un método de traspaso de información desde el ser humano más primitivo.

TABLA FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.

5.2. El dolor desde diferentes ámbitos.

-El dolor en la Unidad de Cuidados Intensivos, urgencias y cuidados paliativos.

MB. Happ et al³¹ nos demuestra como es de importante la presencia de la comunicación humana en pacientes que a priori no pueden ni hablar mediante estudio con 50 pacientes que recibieron ventilación mecánica y que en un 72% se comunicaron con el profesional sanitario, de la misma manera que Topolovec Vranic et al³², nos demuestra que las constantes vitales también aportan una gran cantidad de información referente al dolor de los pacientes.

-El dolor en una Unidad de Reanimación Post-Anestesia.

En referencia a las unidades de URPA donde el dolor postquirúrgico es muy dado F.Caba et al³⁴ ponen de manifiesto que hace más o menos 10 años, no tan alejado en el tiempo de la actualidad, descubrieron que en su unidad UDAP lo peor valorado por los pacientes era enfermería y la comunicación, y lo mejor, medicina y la analgesia, mientras que Daniel Y. Sugai et al⁶ demuestran que en determinados servicios donde el dolor agudo es muy dado como una URPA ambos tipos de comunicación son grandes potencias terapéuticas para el paciente y también para el profesional porque le ayuda a una mejor observación, en un estudio de muestra total de 69 pacientes, un 90% rechazó hablar sobre las prescripciones pre-quirúrgicas en casa dos semanas antes de la operación.

-El dolor en la población pediátrica/materno-Infantil

Por otro lado Pilar Brea-Rivero et al⁴¹ también demuestra que la valoración del dolor en infantes es mucho más efectiva y fácil de hacer por el equipo de enfermería acreditado a partir de los 2-3 años de edad, justamente cuando los infantes desarrollan la capacidad cognitiva y las habilidades comunicativas en sociedad, como proceso de socialización en la sociedad humana, ya que de por sí es complicado la comunicación en referencia al dolor con los niños debido a las dificultades de comunicación y las diferencias, que incluso cuando están desarrollando su capacidad hay con respecto al sistema maduro del ser humano adulto.

Rafael Montoya Juárez et al¹⁰ también destacan la importancia de la comunicación no verbal en la edad pediátrica y como los gestos y sentimientos expresados por las niñas y niños influyen claramente en las emociones de los padres y los profesionales de enfermería.

-El dolor en la población geriátrica.

También Ana Carolina Araújo Machado et al⁹ en su estudio detectaron que hay una especial relación entre la comunicación no verbal y el dolor, en este caso en la población geriátrica, ya que en la relación terapéutica ayuda a enfermería a detectar los procesos del dolor mediante la gesticulación y la para lingüística, sobre todo en paciente que no tienen capacidad comunicativa o no la usan para advertir verbalmente, así como E. Arbonés et al⁴² destaca la importancia de la información continua al paciente sobre su proceso para calmar el dolor y la desesperanza

-El dolor en técnicas invasivas de enfermería

Así María Dolores Ojeda Ramírez³⁶ destaca la no influencia de la comunicación verbal en el dolor por punción en hemodiálisis así como la no influencia del profesional que realiza la técnica, en un ensayo clínico realizado en 40 pacientes durante un mes de duración atendidos por 7 enfermeros sin encontrar diferencias entre cada uno de ellos.

J.Dutt-Gupta et al³⁷ de hecho ha demostrado en sus estudios para la Sociedad de Anestesiólogos Británica que la comunicación es un gran afluente en el ámbito del dolor y la importancia de la información tanto en el tratamiento conductual como en el farmacológico.

-El dolor en Atención Primaria y Cuidados Alternativos.

Lo mismo que en el ámbito de la Educación para la Salud como demuestran respectivamente C. Eubelen et al⁷ y J. Sorensen et al³⁸ y sus estrategias de captación de la población diana y como Susan E. Hickman et al⁸ nos demuestran empieza a existir profesionales que sucumben a alternativas frente a la praxis tradicional, así como la influencia de la comunicación en pacientes con osteoartritis por M.E.Súarez- Almanzor et al³⁹ y la influencia que tiene el tener información sobre lo que le sucede y perturba a pacientes de osteoartritis por D.Dillon McDonald et al⁴⁰.

Eveline H. Van der Peet et al¹⁵ de hecho demostró que la aplicación de técnicas de Educación para la Salud por Enfermería aumenta los conocimientos sobre el dolor y ello a su vez aumenta el afrontamiento frente al dolor físico y psíquico, y el manejo de la medicación.

--El dolor psíquico y mental: Salud mental, ansiedad, depresión y duelo.

-Salud mental.

Danielly de Souza Canabrava et al⁴³ ponen también de manifiesto la importancia de la comunicación no verbal y de la relación terapéutica e interpersonal entre los enfermos y enfermas psiquiátricos con el equipo de enfermería que establece un mejor plan de cuidados enfermero y una mayor eficacia.

-Ansiedad, temor y duelo.

AA. Martínez Ques et al¹⁶ por un lado demuestran la necesidad del tratamiento específico de enfermedades crónicas muy importantes en el Siglo XXI como son las cardiopatías y las técnicas de afrontamiento y de información necesarias o determinadas a enseñar a los pacientes, algo muy destacado en el ámbito de enfermería de la Atención Primaria, para desechar el hecho de que los pacientes usen como estrategia de afrontamiento la negación del rol de paciente y/o enfermo/a y ayudar a la aceptación de la enfermedad como primer paso de autoayuda, de la misma manera que Gema Murias Moya et al⁴⁴ apuestan por la necesidad de técnicas conductuales, comportamentales, y de apoyo emocional en la ansiedad y el dolor crónico de los y las pacientes con fibromialgia, demostrado en la variada bibliografía y literatura científica que poseen la misma importancia que la terapia farmacológica y Mario Salgado Chávez et al⁴⁵ y su equipo apueste igualmente por el apoyo emocional en pacientes con TCE (Traumatismo Cráneo-Encefálico).

Por otro lado, Bernarda Ospina de González¹² nos habla sobre los trastornos mentales y como la ansiedad se puede manifestar y que se puede convertir de fisiológica a patológica cuando supera ciertos umbrales de ansiedad.

Así, en referencia a las influencias de la comunicación verbal Lisa C. Roberts et al⁴⁶ demuestran que es un arma también potente en la relación terapéutica y la información y el comportamiento humano y que hay determinadas diferencias en clave de género entre la comunicación de las féminas y de los hombres. C. Cuevas Santos y J. Martí-Belda Torres⁵⁵ apuestan por una gestión de recursos enfermera basada en los cuidados y una praxis enfermera basada en el cuidado como pilar fundamental de la atención prestada por el equipo de enfermería.

En concordancia con Parker Oliver et al⁴⁷, en su estudio basado en unas entrevistas a 146 proveedores de cuidados y E. Wittenger-Lyles et al⁴⁸ en una muestra total valorada en 47 hemos de eliminar la inseguridad y falta de conocimientos en algunos profesionales de

enfermería y proveedores de cuidados formales e informales debido a que deterioran la calidad del trabajo realizado para con el paciente, así como un bajo nivel de lenguaje constituye una barrera comunicativa y Richard L. Street et al⁴⁹ demuestran que incluso claves como el optimismo que podemos expresar comunicándonos producen relevantes resultados. La observación de los gestos y las expresiones faciales no sólo es dada para el paciente en sí sino que son importantes elementos comunicativos que aportan información al terapeuta (N.Hadjikhani et al, 2008)⁵⁰.

Junto con los avisos y los beneficios de las tecnologías modernas (D. Revere et al, 2014)⁵² Que también pueden ayudar a paliar los síntomas de los pacientes depresivos (U. Whiteside et al, 2014)⁵³

Raquel Ramón García et al⁵⁶ detectan el papel fundamental de la comunicación verbal y no verbal en los cuidados de enfermería junto con las habilidades sociales dentro de la relación terapéutica manejando valores extrínsecos y aprendidos junto con algunos innatos personales como es la empatía, la asertividad, la escucha activa y/o la educación, la veracidad, la precisión, etc.

Virginia Corbacho Sánchez¹⁴, por otro lado, nos realiza una reflexión crítica muy interesante sobre las consecuencias de la sobre-implicación del enfermero y/o enfermera con el paciente y las consecuencias tanto para el paciente como para los profesionales consiguientes, evitando que nuestro humor y temperamento se afecten, al menos a ojos de los afectados, por las malas noticias temporales o perennes que puedan surgir en algún momento de nuestra práctica clínica, y tal vez la comunicación no sea tan eficaz en pacientes no comunicativos donde otros métodos como las constantes vitales nos ayudan a entender mejor su situación según J. Topolovec- Vranic et al³². Así como la importancia de la subjetividad en las relaciones interpersonales (M. Da Silva Neubern, 2009)³³.

En la siguiente tabla mostramos los autores que nos parece han aportado datos más relevantes:

Tabla N°3 Resultados más importantes

AUTOR/ES/AÑO	APORTE A LA REVISIÓN
M.B. HAPP et al, 2004 ³¹	Nos muestra que la comunicación humana es esencial en enfermos no comunicativos como en UCI, donde se mantiene y potencia la comunicación no verbal y se ralentiza el deterioro de la comunicación.
D.Y. Sugay et al, 2013 ⁶	La comunicación humana es una gran potencia terapéutica en el dolor de los pacientes post-

	quirúrgicos y aumenta la capacidad de observación del profesional.
P. Brea-Rivero et al, 2013 ⁴¹	La valoración y observación en la población pediátrica es mucho más eficaz a partir de que los infantes se desarrollan cognitivamente lo que nos demuestra que a mayor comunicación aportada por los infantes mejoran las observaciones y valoraciones del equipo de enfermería.
A. C. A. Machado et al 2006 ⁹	En la población geriátrica es de especial relevancia la comunicación no verbal, ya que detecta el dolor de los ancianos gracias a la paralingüística del lenguaje, lo que le permite al enfermero actuar sin necesidad de que el paciente le haya comunicado malestar.
M. D. O. Ramírez, 2004 ³⁶	En su estudio no detecta que la comunicación verbal y el enfermero/a que aplique una punción influyan relativamente en la percepción del dolor del paciente.
M.E. Suárez-Almanzor et al, 2010 ³⁹	La comunicación por parte del profesional sanitario y la información dada a los pacientes de osteoartritis aumenta el bienestar psíquico y el afrontamiento.
E. H. Van Der Peet et al, 2009 ¹⁵	La educación para la salud combinada con la comunicación verbal aumenta la información del individuo y aumenta así su afrontamiento y su capacidad de toma de decisiones, disminuyendo su dolor psíquico.
AA. M. Quées et al, 2005 ¹⁶	El uso de estrategias comunicativas por los profesionales de Atención Primaria ayuda al enfermo cardíopata a comprender su realidad y manifestar capacidad de afrontamiento de su rol.
B. O. de González, 1997 ¹²	El uso de la comunicación verbal y no verbal ayuda a la disminución de la ansiedad del paciente mediante la charla-coloquio, la asertividad y la escucha activa.
L. Pessini, L.Bertachini, 2006 ⁶⁷	La enfermera debe trabajar el sufrimiento en los cuidados paliativos usando técnicas comunicativas y también ayudar a familias y personas cuidadoras.
V. C. Sánchez, 2014 ¹⁴	El enfermero debe intentar no mostrarse afecto ante el paciente por las circunstancias, porque ello se lo transmite al paciente.

TABLA FUENTE ELABORACIÓN PROPIA

5.3. El profesional sanitario.

Maria Júlia Kóvacs⁵⁷ pone de manifiesto el sufrimiento del equipo de enfermería a la hora de dar malas noticias, sobre todo si se establecen lazos entre enfermería y paciente y la necesidad del uso de técnicas no verbales y de terapias para llevar a cabo un correcto duelo.

Delia Isabel Oberto Betancourt⁶¹ resalta la importancia de incluir en el estudio del dolor la fenomenología psicosocial y ambiental, entre otros, que influye en el sufrimiento y Josefina Delgado Delgado⁶² recalca varios factores y situaciones de detrimento de la relación terapéutica, lo que hace que se deteriore y los cuidados de enfermería no funcionen.

De todo ello entendemos las consideraciones de Maclaren⁵⁸ y al hagan incidencia en sus respectivas revisiones en la importancia de la educación y la formación de los profesionales sanitarios y los estudiantes en habilidades comunicativas y de manejo del dolor más que el hecho de la medicalización del ser humano que constituye un grave problema en la sociedad occidental, en los profesionales sanitarios, en la salud de los individuos y, sobre todo, en personas con enfermedades mentales como la depresión, que tal vez necesiten de otras técnicas alternativas sumadas a la farmacología y los antidepresivos.

Por último, Regina Claudia Silva Souza et al⁵⁹ destacan que los profesionales de enfermería tienen una buena capacidad de conocimiento de la valoración del dolor pero que se ha de mejorar en educación y formación en ese ámbito, realizaron un estudio transversal a 113 profesionales sanitarios de los cuales el 50% tenía un nivel bueno de conocimientos.

Yulia Yazmín Vázquez Portes et al¹¹ realiza un estudio reciente sobre los conocimientos y la autopercepción de enfermería ante el dolor en pacientes postquirúrgicos y demuestra que el 63% de los participantes describe su labor como adecuada pero de ellas el 35% posee conocimientos medios sobre el dolor y el 69% refirió haber recibido conocimientos ante el dolor. La muestra total del estudio fue de 100 enfermeras a las que se le aplicó una cédula sociodemográfica.

Irene Ruiz Solera et al⁶³ han demostrado que en la era de la tecnología también se puede obtener beneficio de las Tecnologías de la Información y la Comunicación, pero por otro lado otros autores han contrastado afirmando que ello puede desnaturalizar y deteriorar las relación terapéutica.

TABLA N°4

AUTOR/ES Y COLS /AÑO	APORTES A LA REVISIÓN
M. J. Kóvacs, 2010 ⁵⁷	Los profesionales de la enfermería también sufren en su trabajo si establecen enlaces con los pacientes.
D.I. O. Betancourt, 2015 ⁶¹	Se debe incluir el dolor humano en la fenomenología.
J. D. Delgado, 2015 ⁶²	La relación enfermería-paciente puede deteriorarse sino se emplean las técnicas comunicativas adecuadas por parte de enfermería.
Maclaren et al, 2005 ⁵⁸ .	Es necesario formar y educar a los futuros profesionales sanitarios para así lograr equilibrio entre tratamiento farmacológico y conductual.
R. C. S. SOUZA et al, 2013 ⁵⁹ .	Estudio en el cual la muestra de profesionales sanitarios tiene un conocimiento adecuado pero debe mejorarse.
Y.Y.V. Portes et al, 2013. ¹¹	La percepción de la praxis por una muestra de enfermeros y enfermeras era correcta en su estudio.
I. R. Solera et al, 2014 ⁶³	Las TIC y tecnologías modernas son también beneficiosos para el seguimiento y control

	comunicativo de los pacientes.
--	--------------------------------

TABLA FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.

5.5. Bioética en la práctica enfermera.

Lays Alves Ferreira Souza et al⁶⁴ nos dicen que la ética es un factor muy importante en el manejo y praxis clínica y que la ética de principios a veces nos hace descontextualizar de cosas también realmente importantes.

Ána Claudia Giesbrecht Puggina y Maria Julia Páes da Silva¹³ reflejan que en los cuidados y la praxis enfermera es necesario e importante la aplicación de principios éticos, junto con la ética principalista comentada para poder humanizar, como elemento muy importante en los cuidados, la asistencia de enfermería.

TABLA N°5

AUTOR/ES Y COLS	APORTES A LA REVISIÓN
L.A. F. Souza et al, 2013 ⁶⁴	La ética es necesaria en todos los ámbitos de la praxis enfermera también en el tratamiento del dolor.
A. C. G. Puggina et al 2009 ¹³	Aportan que es necesaria la inclusión de la ética principalista de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía.

TABLA , FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.

5.6. El dolor y las relaciones humanas en clave de género.

De todas maneras es importante entender también las claves de género en el ámbito de la comunicación y que cada persona reacciona dependiendo de quien esté delante de manera diferente como detectó A.J.Karmann et al⁵⁴.

C.C. Araújo Palmeira et al¹⁹ nos habla analíticamente sobre los diferentes factores que influyen en la percepción del dolor entre hombres y mujeres y esencialmente se encuentran factores hormonales y neuroquímicos pero también la cultura y el rol social son esenciales en la subjetividad del dolor y todo ello, como estudió E. Chillet Rossell et al²⁰ puede verse influido por el hecho de que las mujeres en determinadas áreas tienen menos posibilidad de ser tratadas en su dolor por un especialista, realizaron un estudio estadístico y probabilístico en 2006 y con una diferencia de género de 16,1% a las mujeres se les prescribe más analgesia que a los hombres.

A. Mailis Gaignon⁶⁶, para finalizar nos aporta una visión que es interesante en el ámbito de la atención clínica teniendo en cuenta que la mayor demanda de asistencia se hace por parte de las mujeres luego sería relevante el discutir el adaptar la sanidad a las demandas de la actualidad, lo mismo que Fleiz Bautista C⁶⁵. et al nos muestran que los hombres también se encuentran afectados por los roles.

TABLA N°6

AUTOR/ES ET AL /AÑO.	APORTE A LA REVISIÓN
A.J. Karmann et al, 2014 ⁵⁴	Fuera del estudio por género las personas individualmente sienten diferentes dolores sean hombres o mujeres.
C.C Araújo Palmeira et al, 2011 ¹⁹	En la percepción del dolor entre hombres y mujeres influyen tanto factores biológicos como del rol social.
E.Chillet Rossell et al, 2013 ²⁰	Existen desigualdades en nuestra sociedad en la atención al dolor entre hombres y mujeres existiendo en ellas una mayor demanda, y prescripción de analgesia.
A. Mailis Gaignon, 2009 ⁶⁶	Son las mujeres las que más demandan en referencia al dolor, luego se debería adaptar a ellos el sistema sanitario.
C. Fleiz Bautista et al, 2008 ⁶⁵	Los hombres también sufren enfermedades depresivas y no solo dolor físico, los roles de las sociedades patriarcales no son sólo perjudiciales para las mujeres, también para los hombres, ya que inhiben sus sentimientos e incrementa su dolor.

TABLA FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.

6. CONCLUSIONES/DISCUSIÓN.

En referencia al primer objetivo planteado en este estudio definido como la interacción que hay entre la comunicación verbal y no verbal y el dolor podemos destacar tras la búsqueda y el análisis de la literatura científica consultada que existen diversos estudios del tema y que en diferentes ensayos e investigaciones humanas tanto la comunicación verbal como la no verbal son esenciales para el establecimiento de la relación terapéutica, pero no se conoce en qué grado exactamente influye más una que la otra, pero sí conocemos que tanto el paciente aporta información a enfermería, sobre todo si está incapacitado para la comunicación verbal , a través de la comunicación no verbal, gestos y rostro, y que la enfermera o enfermero a través de la comunicación no verbal puede establecer unos cuidados en base la mirada, el uso de los gestos, el tacto, el acercamiento, la posición, la presentación y a través de la comunicación verbal a través de las palabras, el apoyo y la conversación, de manera que deducimos se produciría una simbiosis paciente-enfermería en la que ambos se nutren de las interacciones humanas, también deduciendo que los cuidados holísticos y la relación terapéutica adecuada conllevan a una adecuada y correcta praxis de enfermería.

A continuación planteábamos el segundo objetivo orientado a los conocimientos y actuaciones del equipo de enfermería respecto al dolor y la comunicación humana y en nuestro análisis hemos encontrado que las comunicación que emiten los pacientes hacia

enfermería como receptor hace también de resultados en sufrimientos y duelos para el profesional sanitario que a su vez tienen que hacer el esfuerzo para estimular el relato de experiencias para los pacientes y la expulsión del dolor y el sufrimiento, tanto en el caso del dolor físico y la expulsión de la impotencia y la incomodidad como del sufrimiento mental, luego deducimos que el profesional de enfermería debe de *empoderarse* y utilizar técnicas de preparación para ese empoderamiento, intentar no medicalizar el dolor en exceso en colaboración con otros profesionales sanitarios y aumentar con ese empoderamiento las habilidades enfermeras y el conocimiento y educación para los futuros enfermeros y enfermeras para así disminuir la inseguridad, siempre con el uso de las claves bioéticas, legales y con la mejor praxis posible.

Finalmente, refiriéndonos a nuestro último objetivo de la temática desarrollada en clave de género, hemos encontrado que son muchos los factores que influyen en la percepción del dolor tanto neuropático, psicógeno...desde factores hormonales y neuroquímicos como sociales y culturales, entre ellos los roles de género, lo que hace que la mujer suela ser más demandante de cuidados que los hombres en el sistema sanitario, su umbral del dolor es más bajo pero claramente influido por la cultura y los roles asociados a cada cultura, algo que también es perjudicial para los hombres debido a que los excluye de diversas patologías asumiendo “que no son enfermedades masculinas” luego es necesario seguir investigando en este tema para así mejorar los cuidados de enfermería-

Bajo todo lo analizado en nuestra revisión bibliográfica hemos realizado un plan de cuidados estandarizado NANDA-NOC-NIC basado sobre todo en las interrelaciones humanas con el cual podríamos atender el dolor de nuestros pacientes de manera holística, hemos seleccionado los cuidados siguientes en base a los resultados de los estudios, escogiendo de manera general los más dados al dolor generalizado.

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO DOLOR^{68, 69, 70}

TABLA N°7 FUENTE ELABORACIÓN PROPIA.

Patrones funcionales alterados.	
Actividad-Ejercicio.	El dolor intenso puede ocasionar el hecho de que el/la paciente reflejen intolerancia a la movilidad o al ejercicio físico.
Sueño-Descanso	El dolor intenso puede ocasionar alteraciones en el patrón del sueño.

Cognitivo-Perceptivo	El dolor puede variar dependiendo de la intensidad.
Adaptación-Tolerancia al estrés	Puede originarse un patrón de ansiedad-estrés por imposibilidad de desempeño del rol y otras funciones.

DIAGNÓSTICOS NANDA.

- Insomnio (00095)
- Intolerancia a la actividad (00092)
- Desesperanza (00124)
- Impotencia (00125)
- Riesgo de baja autoestima situacional (00153)
- Cansancio del rol del cuidador (00061).
- Afrontamiento ineficaz (00069).
- Dolor agudo (00132).
- Dolor crónico (00133).

OBJETIVOS NOC.

- Aceptación: Estado de salud (1300)
- Autocontrol de la ansiedad (1402)
- Autocontrol de la depresión (1409)
- Autocontrol del miedo. (14049)
- Autoestima (1205)
- Calidad de vida (2000)
- Conducta de fomento de la salud (1823)
- Comunicación: Expresiva. (0903)
- Comunicación: Receptiva.(0904)
- Conocimiento: Manejo de la depresión (1836)
- Conocimiento: Manejo del dolor. (1843)
- Conocimiento: Medicación (1808)
- Control del dolor (1605)
- Descanso (0003)
- Dolor: Respuesta psicológica adversa (1306)
- Nivel del dolor (2102)
- Salud espiritual (2001)
- Salud emocional del cuidador principal.(2506)
- Sueño (0004)
- Tolerancia de la actividad (0005)
- Toma de decisiones (0906)

INTERVENCIONES NIC:

- Acuerdo con el paciente (4420)
- Acupresión.(1320)
- Administración de analgésicos (2210)
- Asesoramiento. (5240)
- Apoyo emocional (5270)

Contacto terapéutico (5465)
Disminución de la ansiedad (5820)
Enseñanza: individual. (5606)
Escucha activa (4920)
Facilitar la expresión del sentimiento.(5300).
Intermediación cultural (7330)
Manejo del dolor (1400)
Mejorar el sueño (1850)
Terapia de entretenimiento (5360)
Técnica de relajación simple (6040)

***En general consideramos que los cuidados del dolor humano correctos relacionados con la comunicación consisten en las siguientes actividades:**

- Escucha activa y asertiva de las necesidades del paciente.**
- Mostrar empatía con el paciente, favoreciendo la expresión de sentimientos, aconsejándole correctamente bajo nuestros conocimientos antropológicos y respetando sus silencios.**
- Respetar y fomentar el llanto como manera de desahogo de ansiedad y estrés.**
- Trabajar la sugestión del paciente intentando que calme su dolor con técnicas de control de la ansiedad.**
- Respetar sus ideas y sus concepciones culturales respecto al dolor- Teoría transcultural de Leininger.**

Por otro lado también nos parece conveniente el incluir algo que es de gran utilidad grupalmente y en los grupos de autoayuda a modo de calmar la ansiedad y el estrés de la población, en definitiva disminuir el dolor psíquico, por ello las técnicas que hemos elegido son técnicas participativas, algunas de ellas como moderador, para así que personas con el mismo dolor “en común” se aúnan y compartan experiencias, además de promover las relaciones humanas entre iguales⁷¹:

- Lluvia de Ideas o Brainstorming.**
- Técnica Philip 6/6.**
- Grupo nominal.**
- Juego de frases.**

Cada una de estas técnicas fomenta la interrelación entre iguales y palia la necesidad de compartir experiencias vitales con otras personas que “se consideran” en una situación similar, así con estas técnicas y un correcto plan de cuidados proveniente del estandarizado pero individualizado a cada paciente se procederá a un correcto alivio del dolor, siempre teniendo las consideraciones de género descritas, para una correcta práctica de los cuidados de enfermería, y queremos reiterar la palabra “cuidados” porque en ello consiste el fin y objetivo de esta revisión; en una mejora en la práctica asistencial de los cuidados de enfermería.

Consideramos que hemos encontrado resultados muy relevantes en nuestra búsqueda bibliográfica en referencia a la comunicación humana y al dolor humano tanto físico como psicológico, pero que se necesitan más estudios y más investigación en este campo de la enfermería y de las relaciones humanas, debido a que es sumamente importante en la praxis enfermera relacionada con el dolor humano, el uso de la información que nos da la comunicación tanto a la hora de atender a los pacientes como a la práctica del equipo de enfermería, que aunque es importante en todos los ámbitos, consideramos que el dolor está presente a lo largo de la vida de toda la especie humana y que se manifiesta de diversas maneras, de ahí la importancia de investigaciones que se impliquen en esta área enfermera, y con los profesionales que más, bajo nuestra opinión, estamos más en contacto directamente con el sufrimiento humano diario.

Como enfermeras, proponemos **futuras líneas de investigación** en este ámbito para conocer si podemos curar y cuidar con la comunicación no verbal por un lado, y la verbal por otro, y analizarlo desde un punto de vista antropológico.

AGRADECIMIENTOS:

En primer lugar me gustaría agradecerle su labor a D. Jesús Alberto Jara Arias por su dedicación y tiempo en este trabajo sin el cual no hubiese sido posible, junto con los conocimientos que me han aportado en estos 4 años él y todo el profesorado de la Universidad de Jaén, también le quiero agradecer a mi madre que vio una enfermera en mí y me ha apoyado en todo y a mi padre, que a pesar de no estar en vida conmigo me ha estado guiando en todo este trabajo, dándome fuerzas y motivación y a quien se lo dedico, como investigador de historia que fue y por ser quien me inculcó el afán de aprender y de superarme a mi misma, “yo quiero que mi hija sea una mujer fuerte, independiente, nunca dejes que te manipulen, ni te arrastren, decide por ti misma y piensa por ti misma” J. L. Castellano López; Gracias por todo papá.

7. BIBLIOGRAFÍA:

¹ Santos C, Shiratori K. comunicación no verbal: su importancia en los cuidados de enfermería. Enfermería Global (Internet). 2008 (Citado en 3 Febr 2015);7(1). Disponible en URL: <http://revistas.um.es/index.php/eglobal/article/viewFile/912/902>

² Curto MDV, Gómez MLS, García FJB. El lenguaje de los cuidados. Enfuro (Internet). 2009 (Citado en 3 Febr 2015)(111):8-10. Disponible en URL: https://scholar.google.es/scholar?q=Curto+MDV%2C+G%C3%B3mez+MLS%2C+Garc%C3%ADa+FJB,+El+lenguaje+de+los+cuidados,+Enfuro+2009%28111%29%3A8-10&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5

³ Pérez-Cajaraville J, Abejón D, Ortiz J, Pérez J. El dolor y su tratamiento a través de la historia. Revista de la Sociedad Española del Dolor (Internet) 2005 (Citado en 6 de febr 2015);12(6):373-384. Disponible en URL: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462005000600007&script=sci_arttext&tlng=e Cited in Scielo.

⁴ Fitzgerald OS, Mejía Constaín BE. Función social de las lágrimas: una indagación empírica sobre los tipos de llanto emocional. Universitas Psychologica(Internet). 2007(Citado en 4 Febr 2015);6(2):295-308. Disponible en URL: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-92672007000200009&script=sci_arttext&tlng=pt Cited In Bireme Library, Lilacs.

⁵ Peplau HE. Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing. : Springer Publishing Company; 2004.

⁶ Sugai DY, Deptula PL, Parsa AA, Parsa FD. The Importance of Communication in the Management of Postoperative Pain. *Hawai'i Journal of Medicine & Public Health*(Internet). 2013(Citado en 3 Marzo 2015);72(6):180. Disponible en URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3689499/> Cited in PubMed. PMCID: PMC3689499

⁷ Eubelen C, Brendel F, Belche JL, Freyens A, Vanbelle S, Giet D. Effect of an audiovisual message for tetanus booster vaccination broadcast in the waiting room. *BMC Fam Pract* (Internet). 2011 (Citado 4 Marzo 2015) Sep 28;12:104-2296-12-104. Disponible en URL: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2296-12-104.pdf> Cited in PubMed.

⁸ Hickman SE, Nelson CA, Perrin NA, Moss AH, Hammes BJ, Tolle SW. A Comparison of Methods to Communicate Treatment Preferences in Nursing Facilities: Traditional Practices Versus the

Physician Orders for Life-Sustaining Treatment Program. *J Am Geriatr Soc* (Internet). 2010 (Citado 10

marzo 2015);58(7):1241-1248. Disponible en URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2963454/> Cited In PubMed; PMCID: PMC 2963454

⁹ Machado ACA, Brêtas ACP. Comunicação não-verbal de idosos frente ao processo de dor. *Rev Bras Enferm* (Internet). 2006(Citado en 6 Febr 2015);59(2):129-133. Disponible en URL: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n2/a02.pdf> Cited in Scielo.

¹⁰ Juárez RM, Caro MPG, Calderón CC, Rio-Valle JS, Navarro CS, Quintana FC. Sufrimiento en niños con enfermedad terminal: Perspectiva de los padres y de los profesionales de enfermería. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2012;46(6).

¹¹ Portes VYY, Reyna BF, Alpírez HA, Andrade ES, Castillo GNG, Galindo LV, Nivel de conocimiento de las enfermeras(os) ante el dolor de los pacientes postoperados. *Rev. Paraninfo Digital* (Internet). . 2013(Citado en 6 de febrero 2015);19. Disponible en URL: <http://www.index-fcom/para/n19/007d.php> Cited in Cuiden Plus.

¹² Ospina de González B. La salud mental integrada al rol del profesional de enfermería en la clínica. *Invest.educ.enferm* (Internet). 1997(Citado en 7 Febr 2015);15(1):123-127. Disponible en URL: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/viewFile/16958/14689> Cited in Cuiden Plus.

¹³ Puggina ACG, Silva, Maria Júlia Paes da. Ética no cuidado e nas relações: premissas para um cuidar mais humano. *Revista Mineira de Enfermagem* (Internet). 2009 (Citado en 8 Febr de 2015);13(4):599-605. Disponible en URL: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/229> Cited in Cuiden Plus.

¹⁴ Sánchez VC. ¿ Qué ocurre cuando somos nosotros los protagonistas de la información? *Archivos de la Memoria. INDEX*. 2014(11):12. Cited in Cuiden Plus.

¹⁵ van der Peet EH, van den Beuken-van Everdingen MH, Patijn J, Schouten HC, van Kleef M, Courtens AM. Randomized clinical trial of an intensive nursing-based pain education program for cancer outpatients suffering from pain. *Support Care Cancer*(Internet). 2009 Aug (Citado en 6 de febrero de 2015);17(8):1089-1099. Disponible en URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2707949/> Cited in PubMed. PMCID: PMC2707949

¹⁶ Ques AAM, Rodríguez AR, Fernández, María del Carmen Rodríguez, Fernández AR. Percepción de las estrategias de afrontamiento ante el estrés en pacientes ingresados en una unidad de coronarias.

Enfermería en cardiología: revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología (Internet) 2005(Citado en 7 de febrero 2015);(34):15-21. Disponible en URL: <http://enfermeriaencardiologia.com/revista/3401.pdf> Cited in Cuiden Plus.

¹⁷ Smeltzer S.C; Bare. B.G; Hinkle; K.H.Cheever. Enfermería Médico-quirúrgica Brunner y Suddarth; 12ªed. Vol. 1 Madrid; Lippincott Williams & Wilkins, the point; 2013; Chapter 13. Manejo del dolor. P.230-263.

¹⁸ Monsalve V, Soriano J, De Andrés J. Utilidad del Índice de Lattinen (IL) en la evaluación del dolor crónico: relaciones con afrontamiento y calidad de vida. Rev Soc Esp Dolor (Internet).2006(Citado en 9 de febr 2015);13(4):216-230. Disponible en URL: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v13n4/original1.pdf> Cited in Scielo.

¹⁹ Palmeira, Cláudia Carneiro de Araújo, Ashmawi HA, Posso IdP. Sex and pain perception and analgesia. Rev Bras Anesthesiol (Internet).2011(Citado en 8 Febr de 2015);61(6):820-828. Disponible en URL: http://www.scielo.br/pdf/rba/v61n6/es_v61n6a14.pdf Cited in Scielo.

²⁰ Chilet-Rosell E, Ruiz-Cantero MT, Sáez JF, Álvarez-Dardet C. Inequality in analgesic prescription in Spain. A gender development issue. Gaceta Sanitaria (Internet).2013(Citado en 15 febrero 2015);27(2):135-142. Disponible en URL: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0213-91112013000200007&script=sci_arttext&tlng=en Cited in Scielo.

²¹ Lombana WG, Vidal SEG. Diferencias de sexo en el dolor. Una aproximación a la clínica. Revista Colombiana de Anestesiología (Internet).2012(Citado 15 febrero 2015);40(3):207-212. Disponible en URL: <http://www.scielo.org.co/pdf/rca/v40n3/v40n3a09> Cited in Scielo.

²² Loeser JD, Treede RD. The Kyoto protocol of IASP Basic Pain Terminology. Pain, 2008, 137:473–477. Fuente OMS. Disponible en URL: http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/3PedPainGLs_coverspanish.pdf

²³ Puebla Díaz F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la OMS: Dolor iatrogénico. Oncología (Barcelona) (Internet).2005(Citado en 15 Febr 2015);28(3):33-37. Disponible en URL: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006

²⁴ Vega AG, Rosales Alba MA, Síndromes dolorosos en Urgencias 1994, Servicio de Urgencias Hospital Neurotraumatológico Princesa de España de Jaén.

²⁵ Watzlawick P, Beavin H, Jackson DD. Teoría de la comunicación. Editorial Tiempo Contemporáneo SA Buenos Aires (Internet).1971. Disponible en URL: <http://loginbp.untrefvirtual.edu.ar/archivos/repositorio/1000/1170/html/Unidad1/archivos/pdf/unidad1.pdf>

²⁶ Rulicki S, Cherny M. Comunicación no verbal. : Ediciones Granica SA; 2012.

²⁷ DE ALBORNOZ, PILAR ARRANZ CARRILLO. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN CON EL ENFERMO COMO FACTOR DE PREVENCIÓN DEL DOLOR Y EL SUFRIMIENTO: LA ACOGIDA. FUNDACION MHM.ORG (Internet),(Citado a 3 de abril de 2015). Disponible en URL: <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono2/Articulos/articulo10.pdf> Cited In ENFISPO.

²⁸ Muñoz E, Monje D. Valoración de dolor total en el policlínico alivio del dolor y cuidados paliativos del complejo hospitalario San José; Valuation of total pain at pain relief and palliative care clinic at complejo hospitalario San José. Dolor (Internet)2010(Citado 5 abr 2015);19(54):26-34. Disponible en URL: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=682501&indexSearch=ID> Cited in Baes Bireme, Lilacs.

²⁹ Ekman P. Facial expressions. Handbook of cognition and emotion;1999;53:226-232.

-
- ³⁰ Arif-Rahu M, Grap MJ. Facial expression and pain in the critically ill non-communicative patient: state of science review. *Intensive and critical care nursing* (Internet)2010(Citado 10 abril 2015);26(6):343-352. Disponible en URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3733269/> Cited in PubMed; PMID: PMC3733269
- ³¹ Happ MB, Tuite P, Dobbin K, DiVirgilio-Thomas D, Kitutu J. Communication ability, method, and content among nonspeaking nonsurviving patients treated with mechanical ventilation in the intensive care unit. *Am J Crit Care* (Internet). 2004 May(Citado 15 abril 2015);13(3):210-8. Disponible en URL: <http://ajcc.aacnjournals.org/content/13/3/210.short> Cited in SCOPUS
- ³² Topolovec-Vranic J, Gelinas C, Li Y, Pollmann-Mudryj MA, Innis J, McFarlan A, et al. Validation and evaluation of two observational pain assessment tools in a trauma and neurosurgical intensive care unit. *Pain Res Manag* (Internet). 2013Nov-Dec (Citado 15 abril 2015);18(6):e107-14. Disponible en URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3917801/> Cited in PubMed; PMID: PMC3917801
- ³³ da Silva Neubern M. Hipnose, dor e subjetividade: considerações teóricas e clínicas. *Psicologia em estudo* (Internet). 2009 (Citado 16 abril 2015);14(2):303-310. Disponible en URL: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n2/v14n2a10.pdf> Cited in Scielo.
- ³⁴ Caba F, Núñez-García A, Tejedor M, Echevarría M. Valoración de la actividad de una unidad de dolor agudo postoperatorio por los cuidadores de los pacientes quirúrgicos. *Rev Soc Esp Dolor* (Internet).2004(Citado 18 abril 2015) ;11:479-489. Disponible en URL: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v11n8/original.pdf> Cited in IME (CSIC).
- ³⁵ Pardo C, Muñoz T, Chamorro C, Grupo de Trabajo de Analgesia y Sedación de la SEMICYUC. Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. *Medicina intensiva* 2006, 30(8):379-385.
- ³⁶ Ramírez MDO, Hita SG, Pérez AMG. La comunicación verbal como método analgésico en la punción del enfermo renal en hemodiálisis.¿ Es realmente eficaz? *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica* (Internet). 2004(Citado 17 abril 2015);7(2):59-63. Disponible en URL: http://revistaseden.org/files/art474_1.pdf Cited in Scielo
- ³⁷ Dutt-Gupta J, Bown T, Cyna AM. Effect of communication on pain during intravenous cannulation: a randomized controlled trial. *Br J Anaesth* . (Internet)2007 (Citado 17 abril 2015), Dec;99(6):871-875. Disponible en URL: <http://bja.oxfordjournals.org/content/99/6/871.full> Cited in SCOPUS
- ³⁸ Sorensen JA, Jenkins PL, Emmelin M, Stenlund H, Weinehall L, Earle-Richardson GB, et al. The social marketing of safety behaviors: a quasi-randomized controlled trial of tractor retrofitting incentives. *Am J Public Health* (Internet).2011 Apr(Citado 16 abril 2015);101(4):678-684. Disponiblen en URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3052327/> Cited in PubMed; PMID: PMC3052327
- ³⁹ Suarez-Almanzor ME, Looney C, Liu Y, Cox V, Pietz K, Marcus DM, et al. A randomized controlled trial of acupuncture for osteoarthritis of the knee: effects of patient-provider communication. *Arthritis Care Res (Hoboken)*, (Internet).2010 (citado 15 abril 2015) Sep;62(9):1229-1236. Disponible en URL: http://www.researchgate.net/profile/Richard_Street/publication/44633769_A_randomized_controlled_trial_of_acupuncture_for_osteoarthritis_of_the_knee_effects_of_patient-provider_communication/links/0c96052956fa315fd9000000.pdf Cited in PubMed
- ⁴⁰ McDonald DD. Older adults' pain descriptions. *Pain Management Nursing* (Internet).2009 (Citado 18 abril 2015);10(3):142-148. Disponible en URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2734091/> Cited in PubMed; PMID: PMC2734091

-
- ⁴¹ Brea-Rivero P, Reyes-Alcázar V, Herrera-Usagre M, Morales-Gil IM. Evaluación y mejora del dolor en niños atendidos por enfermeras acreditadas: estudio descriptivo. Medwave (Internet) 2013 (Citado 15 de abril de 2015);13(11). Disponible en URL: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/5860> Cited in Bireme bases, Lilacs.
- ⁴² Arbonés E, Montes A, Riu M, Farriols C, Mínguez S. El dolor en los pacientes hospitalizados: estudio transversal de la información, la evaluación y el tratamiento. Revista de la Sociedad Española del Dolor (Internet). 2009(Citado 15 abril de 2015);16(6):314-322. Disponible en URL: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v16n6/original2.pdf> Cited in Scielo.
- ⁴³ Canabrava DdS, Vilela JC, Brusamarello T, Roehrs H, Maftum MA. Consulta de enfermagem em saúde mental sustentada na teoriadas relações interpessoais: relato de experiência; Nursing consultation of mental health supported by the interpersonal relations theory: report of experience; Consulta de enfermería en salud mental defendida en la teoría delas relaciones interpersonales: relato de experiencia. Ciênc.cuid.saúde (Internet) .2011 (Citado 17 abril de 2015) ;10(1):150-156. Disponible en URL: https://scholar.google.es/scholar?q=Consulta+de+enfermagem+em+sa%C3%BAde+mental+sustentada+na+teoriadas+rela%C3%A7%C3%B5es+interpessoais%3A+relato+de+experi%C3%Aancia%3B+Nursing+consultation+of+mental+health+supported+by+the+interpersonal+relations+theory%3A+report+of+experience&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5 Cited in CUIDEN PLUS.
- ⁴⁴ Murias G, Cebrián M, Suárez N, Arboleya T. Intervención enfermera en pacientes con fibromialgia.Fundación Index.2013. Cited in Cuiden Plus.
- ⁴⁵ Salgado M, Landeros E. Efecto del apoyo emocional de enfermería en pacientes con traumatismo craneoencefálico para disminución de su dolor . Index. 2014. Cited in Cuiden Plus.
- ⁴⁶ Roberts LC, Whittle CT, Cleland J, Wald M. Measuring verbal communication in initial physical therapy encounters. Phys Ther(Internet). 2013(Citado 17 abril 2015). Apr;93(4):479-491. Disponible en URL: <http://ptjournal.apta.org/content/93/4/479.full.pdf+html> Cited In PubMed
- ⁴⁷ Oliver DP, Wittenberg-Lyles E, Washington K, Kruse RL, Albright DL, Baldwin PK, et al. Hospice Caregivers' Experiences With Pain Management: "I'm Not a Doctor, and I Don't Know if I Helped Her Go Faster or Slower". J Pain Symptom Manage (Internet). 2013 (Citado 17 abril de 2015);46(6):846-858. Disponible en URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3795892/> Cited in PubMed; PMID: PMC3795892
- ⁴⁸ Wittenberg-Lyles E, Goldsmith J, Oliver DP, Demiris G, Kruse RL, Van Stee S. Exploring Oral Literacy in Communication With Hospice Caregivers. J Pain Symptom Manage (Internet). 2013 (Citado 16 abril 2015);46(5):731-736. Disponible en URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3695037/> Cited In PubMed; PMID: PMC3695037
- ⁴⁹ Street RL, Cox V, Kallen MA, Suarez-Almazor ME. Exploring communication pathways to better health: clinician communication of expectations for acupuncture effectiveness. Patient Educ Couns (Internet).2012 (Citado 19 abril 2015);89(2):245-251.Disponible en URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3489966/> Cited In PubMed; PMID: PMC3489966
- ⁵⁰ Hadjikhani N, Hoge R, Snyder J, de Gelder B. Pointing with the eyes: the role of gaze in communicating danger. Brain Cogn (Internet).2008 (Citado 19 abril 2015);68(1):1-8. Disponible en URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2582139/>
- ⁵¹ Maviglia SM, Yoon CS, Bates DW, Kuperman G. KnowledgeLink: impact of context-sensitive information retrieval on clinicians' information needs. Journal of the American Medical Informatics Association (Internet). 2006 (Citado 20 abril 2015);13(1):67-73. Disponible en URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1380199/> Cited in PubMed; PMID: PMC1380199
- ⁵² Revere D, Painter I, Oberle M, Baseman JG. Health-care provider preferences for time-sensitive communications from public health agencies. Public Health Rep (Internet).2014 (Citado 20 abril

2015);129 Suppl 4:67-76. Disponible en URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4187309/> Cited in PubMed: PMID: 4187309

⁵³ Whiteside U, Richards J, Steinfeld B, Simon G, Caka S, Tachibana C, et al. Online Cognitive Behavioral Therapy for Depressed Primary Care Patients: A Pilot Feasibility Project. The Permanente Journal (Internet). 2014 (Citado 19 abril 2015);18(2):21. Disponible en URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4022553/> Cited in PubMed: PMID: PMC4022553

⁵⁴ Karmann AJ, Lautenbacher S, Bauer F, Kunz M. The influence of communicative relations on facial responses to pain: does it matter who is watching? Pain Res Manag(Internet). 2014 (Citado 19 abril 2015);Jan-Feb;19(1):15-22. Disponible en URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3938338/> Cited in PubMed; PMID: PMC3938338

⁵⁵ Cuevas C, Martí Belda J. Nuevas estrategias para una gestión guiada por el cuidado. Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios 2002; Vol.3 N.1. 57-60. Cited in CUIDEN Plus

⁵⁶ García RR, Sánchez MPS, Cruz MMP, López PR. Habilidades sociales en enfermería. El papel de la comunicación centrado en el familiar. Revista Española de Comunicación en Salud (Internet) 2012 (Citado 19 abril 2015) ;3(1):49-61. Disponible en URL: https://scholar.google.es/scholar?q=Garc%C3%ADa+RR%2C+S%C3%A1nchez+MPS%2C+Cruz+MMP%2C+L%C3%B3pez+PR.+Habilidades+sociales+en+enfermer%C3%ADa.+El+papel+de+la+comunicaci%C3%B3n+centrado+en+el+familiar&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5CITED+IN+CUIDEN+PLUS

⁵⁷ Kovács MJ. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. O mundo da saúde(Internet) 2010(Citado 20 abril 2015);34(4):420-429. Disponible en URL: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/420.pdf Cited in Bireme bases, Lilacs.

⁵⁸ MacLaren JE, Cohen LL. Teaching Behavioral Pain Management to Healthcare Professionals: A Systematic Review of Research in Training Programs. The Journal of Pain (Internet). 2005 (Citado 16 abril 2015) ;6(8):A1-A16. Disponible en URL: http://scholarworks.gsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1015&context=psych_facpub&seid=1&referer=https%3A%2F%2Fscholar.google.es%2Fscholar%3Fq%3DMacLaren%2BJE%252C%2BCohen%2BLL.%2BTeaching%2BBehavioral%2BPain%2BManagement%2Bto%2BHealthcare%2BProfessionals%253A%2BA%2BSystematic%2BReview%2Bof%2BResearch%2BBin%2BTraining%2BPrograms%26btnG%3D%26hl%3Des%26as_sdt%3D0%252C5#search=%22MacLaren%20JE%2C%20Cohen%20LL.%20Teaching%20Behavioral%20Pain%20Management%20Healthcare%20Professionals%3A%20Systematic%20Review%20Research%20Training%20Programs%22 CITED IN PUBMED.

⁵⁹ Souza RCS, Garcia DM, Sanches MB, Gallo AMA, Martins CPB, Siqueira, Ivana Lúcia Correa Pimentel. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre avaliação comportamental de dor em paciente crítico. Revista Gaúcha de Enfermagem (Internet). 2013 (Citado 22 abril 2015) ;34(3):55-63. Disponible en URL: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n3/a07v34n3.pdf> Cited in Scielo.

⁶⁰ Consumer Reports MedLine. El tratamiento del dolor crónico con Analgésicos Recetados: Comparación de la eficacia y el costo. Cited in MedLine.

⁶¹ Oberto Bentancourt DI. Técnica y tecnología para el cuidado humano en la enfermería contemporánea. (Internet) 2015; (Citado 23 abril 2015). Disponible en URL: <http://riuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/539/6/ooberto.pdf>

⁶² Delgado Delgado J. Calidad de la atención de enfermería desde la percepción del paciente hospitalizado (Internet); 2015; (Citado 23 abril 2015). Disponible en URL: <http://ri.uaq.mx/bitstream/123456789/2301/1/RI001803.pdf>

⁶³ Ruiz IS, García GP, Riquelme I. E-mail communication in pain practice: The importance of being earnest. Saudi journal of anaesthesia (Internet). 2014 (Citado 23 abril 2015);8(3):364-367. Disponible en URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4141386/> Cited in PubMed: PMID: PMC4141386.

⁶⁴ Souza LAF, Pessoa APC, Barbosa MA, Pereira LV. O modelo bioético principialista aplicado no manejo da dor. Rev Gaúcha Enferm (Internet) 2013 (Citado 23 abril 2015) ;34(1):187-195. Disponible en URL: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n1/24.pdf> Cited in Scielo.

⁶⁵ Fleiz Bautista C, Ito Sugiyama M, Medina-Mora Icaza M, Ramos Lira L. Los malestares masculinos: Narraciones de un grupo de varones adultos de la Ciudad de México. Salud mental (Internet). 2008 (Citado 23 abril 2015);31(5):381-390. Disponible en URL: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252008000500006&script=sci_arttext Cited in Scielo.

⁶⁶ Mailis-Gagnon A. Capítulo 5 Influencias etnoculturales y de género en el dolor. Guía para el manejo del Dolor en condiciones de bajos recursos :27.-Internet-Citado 24 abril 2015- Disponible en URL: http://ametd.org/web/images/GuidetoPainManagement_Spanish.pdf#page=45

⁶⁷ Pessini L, Bertachini L. Nuevas perspectivas en cuidados paliativos. Acta bioética (Internet) 2006 (Citado 1 mayo 2015) ;12(2):231-242. Disponible en URL: <http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v12n2/art12.pdf>

⁶⁸ Herdman TH, North American Nursing Diagnosis Association. NANDA international nursing diagnoses: definitions & classification, 2009-2011. : Wiley-Blackwell; 2009.

⁶⁹ Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. Nursing interventions classification (NIC). : Mosby; 2008.

⁷⁰ Moorhead S. Nursing outcomes classification (NOC). Encyclopedia for nursing research 2006.

⁷¹ CIMAS: Obervatorio Internacional de Ciudadanía y Medio ambiente. Manual: Metodologías Participativas(Internet); (Citado 01 mayo de 2015); Disponible en URL: http://www.redcimas.org/wordpress/wp-content/uploads/2012/09/manual_2010.pdf

8. ANEXOS.

Anexo 1. Estudios más importantes empleados en la revisión.

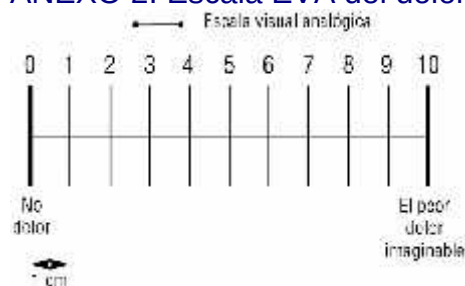
AUTOR/ES AÑO	TIPO DE ARTICULO	TÉCNICA
CARRILLO DE ALBORNOZ²⁷	Estudio descriptivo transversal	Entrevista
E. Muñoz et al, 2010²⁸	Estudio descriptivo transversal	Valoración del dolor total VDT
O. S. Fitzgerald et al, 2007⁴	Estudio experimental	Valoración de reacciones humanas ante videoregistros
M.B. HAPP et al, 2004³¹	ECA Ensayo Clínico Aleatorizado.	Uso de registros de comunicación en pacientes con ventilación mecánica.
D. Y. Sugay et al, 2013⁶	ECA Ensayo Clínico Aleatorizado	Uso de educación sanitaria pre-cirugía en grupo experimental y no uso en grupo control
P. Brea-Rivero et al, 2013⁴¹	Estudio descriptivo transversal.	Uso de la Ods Ratio y la variable chi-cuadrado para los análisis y la probabilidad de reducción del dolor en los infantes.
A. C. A. Machado et al 2006⁹	Estudio descriptivo cualitativo	Entrevista clínica.
M. D. O. Ramírez, 2004³⁶	Estudio observacional prospectivo de cohorte.	Aplicación de técnicas de distracción verbales en dos grupos A y B.
M.E. Suárez-Almanzor et al, 2010³⁹	ECA	Interacción comunicativa durante técnicas de acupuntura.
E. H. Van Der Peet et al, 2009¹⁵	ECA	120 pacientes aleatorizados recibieron educación para la salud.
AA. M. Quéés et al, 2005¹⁶	Estudio descriptivo cualitativo.	Entrevista clínica.

B. Ospina de González, 1997¹²	Revisión narrativa	Revisión de la bibliografía sin criterios de calidad y/o utilidad.
L. Pessini, L. Bertachini, 2006⁶⁷	Revisión bibliográfica.	Revisión de la literatura.
V. C. Sánchez, 2014¹⁴	Narrativa reflexiva	Revisión de la literatura.
M. J. Kóvacs, 2010⁵⁷	Revisión bibliográfica híbrida con experimental	Terapia de grupo.
D.I. O. Betancourt, 2015⁶¹	Experimental cualitativo.	Comparación longitudinal.
J. D. Delgado, 2015⁶²	Estudio descriptivo evaluativo.	Instrumento evaluativo por áreas.
R.C. Silva Souza et al, 2013⁵⁹	Estudio transversal prospectivo.	Recolección de datos en profesionales de enfermería.
Y. Y. V. Portes et al, 2013.¹¹	Estudio descriptivo transversal.	Cédula sociodemográfica.
I.R. Solera et al, 2014⁶³	Estudio prospectivo no randomizado	Aplicación de técnicas de manejo del dolor por especialistas.
L.A.F. Ferrerira Souza et al, 2013⁶⁴	Revisión integrativa.	Revisión de la literatura bioética.
A. C. G. Puggina et al 2009¹³	Revisión bibliográfica y experimental.	Terapia de grupo.
A.J. Karmann et al, 2014⁵⁴	Estudio experimental	Estudio de las respuestas faciales de los participantes.
C.C Araújo Palmeira et al, 2011¹⁹	Revisión sistemática.	Revisión de la literatura científica.
E.Chillet Rossell et al, 2013²⁰	Estudio descriptivo transversal.	Índice de desarrollo según Instituto Nacional Estadística Español.
A. Mailis Gaignon, 2009⁶⁶	Monografía.	Narración-descripción.
C. Fleiz Bautista. et al, 2008⁶⁵	Estudio experimental	Muestreo intensivo.
T.-Vranic et al, 2013³²	Estudio observacional	Observación de pacientes en la muestra y enfermeras.
F. Caba et al, 2004³⁴	Estudio experimental.	Cuestionario clínico.
R.M . Juárez et al, 2012¹⁰	Estudio observacional	Observación cuantitativa.
E. Arbonés et al, 2009⁴²	Estudio descriptivo transversal	Entrevista y observación de historia clínica.
J. Dutt-Gupta et al, ³⁷	ECA	Terapia de comunicación pre-cirugía de manera aleatorizada.
C. Eubelen et al, 2011⁷	Estudio cuasi-experimental.	Aplicación de mensajes audiovisuales durante 6 meses en dos grupos randomizados.
J.A. Sorensen et al, 2011³⁸	Ensayo clínico cuasi-aleatorizado	4 regiones locales sirvieron de control y 3 experimentales social-marketing
S.E. Hickman et al, 2010⁸	Estudio observacional retrospectivo de cohortes.	Aplicación tratamiento al dolor en 7 días.
D.D.McDonald, 2009⁴⁰	Estudio aleatorizado de doble ciego.	Respuestas por grupos aleatorizados a un programa de ordenador.
D.D.S Canabrava et al, 2011⁴³	Estudio observacional	Mediante consultas de enfermería
G.M. Moya et al, 2013⁴⁴	Revisión bibliográfica y caso clínico.	Revisión narrativa estructurada.
M Salgado, et al, 2014⁴⁵	Estudio experimental	Aplicación teoría Dorothea Orem en 2 grupos de pacientes con TCE.

L.C.Roberts et al, 2012 ⁴⁶	Estudio experimental cruzado	Los 27 pacientes en la muestra son observados y grabados.
Cuevas C. et al, 2002 ⁵⁵	Estudio de Revisión	Revisión de la literatura científica.
D.P. Oliver et al, 2014 ⁴⁷	Estudio experimental.	Entrevista semiestructurada
E. Wittenberd-Lyles et al, 2014 ⁴⁸	Estudio experimental.	Observación del lenguaje oral.
R.L. Street et al, 2013 ⁴⁹	ECA	Ensayo aleatorizado con 12 sesiones de acupuntura mediante comunicación (intento) de actitud optimista.
N. Hadjikhani et al, 2009 ⁵⁰	Estudio experimental.	Estudio estadístico de expresiones faciales.
D. Revere et al, 2014 ⁵²	Estudio experimental.	Aplicaciones de mensajes y técnicas TIC en grupo experimental y no, en grupo control.
U. Whiteside et al, 2014 ⁵³	Proyecto piloto.	Seguimiento durante 4 meses de pacientes en depresión.
RR. García et al, 2012 ⁵⁶	Estudio descriptivo transversal.	Revisión bibliográfica
M. Da Silva Neubern, 2009 ³³	Estudio descriptivo.	Revisión bibliográfica.

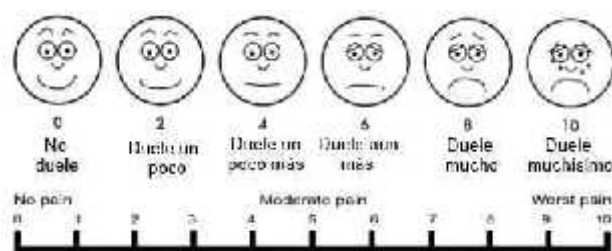
Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 2. Escala EVA del dolor.



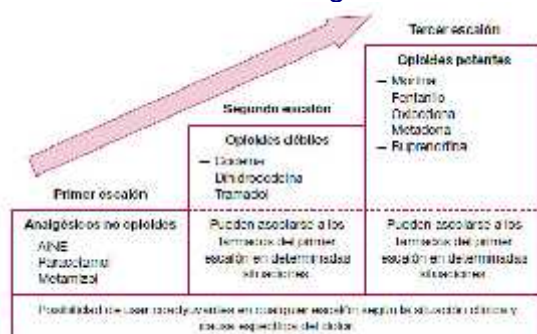
Fuente: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912006000800004 SCIELO

ANEXO 3. Escala facial del dolor.



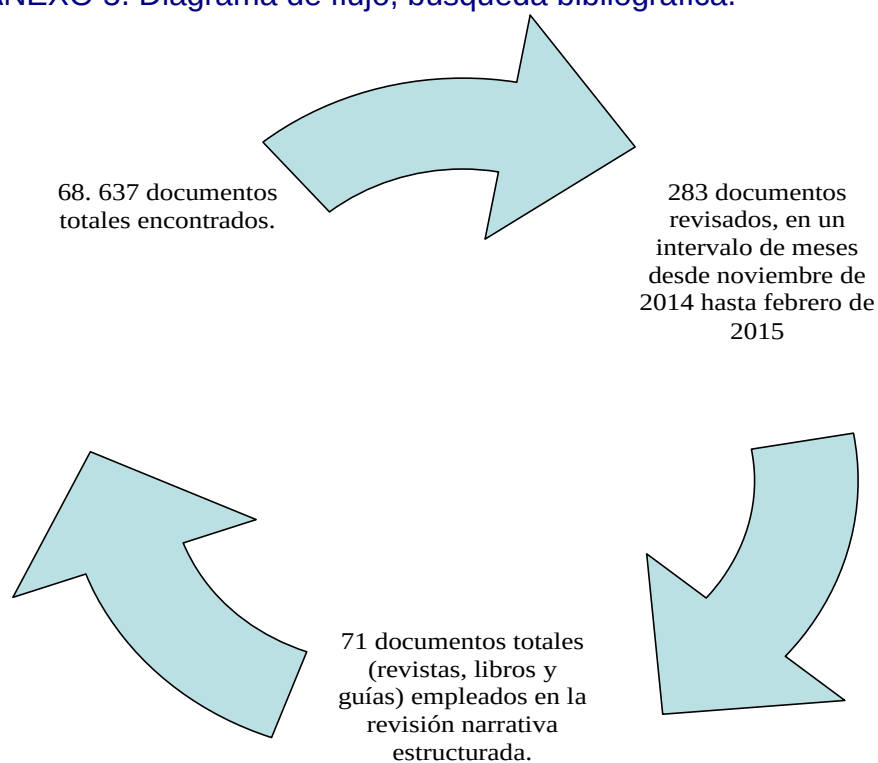
Fuente: <http://dolororder.com/escala-de-dolor/> ESCALA DE DOLOR

ANEXO 4. Escala analgésica OMS



Fuente: www.oms.org OMS (Organización Mundial de la Salud).

ANEXO 5. Diagrama de flujo, búsqueda bibliográfica.



propia.

Fuente: Elaboración

ANEXO 6. OTROS ARTÍCULOS DE INTERES PARA UNA COMPRENSIÓN A FONDO DE LA TEMÁTICA DE LA REVISIÓN.

- Castells Molina S, Hernández Pérez M. Farmacología en enfermería. Editorial Elsevier 2007;2.
- Peplau H, Travelbee J, Orlando IJ. Nurse–Patient Relationship Theories. Nursing Theories and Nursing Practice 2015:67.