

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA

Influencia del tipo de tratamiento terapéutico en relación a la valoración del dolor y nivel de ansiedad según sexo y edad de pacientes que reciben cuidados paliativos en un hospital público de la ciudad de Rosario, durante el primer semestre del 2022

Autora:

Ventura, Sabrina Jesica

Docente Asesores: Nores, Rosana Inés

Pérez, Luciana

Directora:

Licenciada Lozano, Gisela

Rosario, 13 de febrero del 2022

Resumen

Los Cuidados Paliativos están orientados a brindar confort, la mejor calidad de vida posible, entre otros objetivos, a pacientes que transitan una enfermedad terminal o crónico degenerativa. Una terapia novedosa que utiliza animales, está siendo cada vez más aceptada por distintas áreas de la salud. Por sus beneficios en distintos colectivos de pacientes. El objetivo de este trabajo, es determinar la influencia del tipo de tratamiento en relación a la intensidad del dolor y ansiedad según sexo y edad, de los pacientes que reciben cuidados paliativos en un hospital público de la ciudad de Rosario, durante el primer semestre del 2022. Se desarrollará un Estudio Cuasi experimental, con recolección de datos en forma prospectiva y de corte longitudinal. La recolección de datos se realizará mediante la aplicación de una escala adaptada para medir la valoración del dolor y la escala Hamilton para medir el nivel de ansiedad. Para el análisis de los datos se utilizará una estadística descriptiva e inferencial.

Palabras clave:

Tratamiento terapéutico tradicional en cuidados paliativos, terapia asistida con animales, valoración del dolor, nivel de ansiedad, pacientes en tratamiento de cuidados paliativos.

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
Resumen y palabras clave	2
Índice General	3
Introducción	
Estado actual del conocimiento	4
Formulación del problema	13
Hipótesis y objetivos	14
Marco teórico	16
Material y métodos	42
Tipo de estudio	42
Sitio o contexto de la investigación	42
Población y Muestra	45
Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	45
Personal a cargo de la recolección de datos	52
Plan de análisis	52
Plan de trabajo y cronograma	55
Bibliografía	56
Anexos	59
I. Guía de convalidación de sitio	60
II. Instrumento de recolección de datos	62
III. Resultados del estudio exploratorio	71
IV. Resultados de la prueba piloto del instrumento	74

INTRODUCCIÓN

Los Cuidados Paliativos (CP) apuntan a mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias frente a enfermedades potencialmente mortales. Se basan en la prevención y alivio del sufrimiento, control del dolor y otros síntomas propios de la fase terminal (Organización Panamericana de la Salud, s.f.).

Estos cuidados, no aceleran intencionalmente el proceso de morir, pero tampoco lo posponen. El desarrollo de esta instancia, causa un gran impacto sobre las familias y los propios pacientes, en áreas de la vida, emocional, física y social. Por lo tanto, es de suma importancia tratar estas dimensiones para mejorar la calidad de vida de ambos durante esta transición. Al atenderlas, se facilita al paciente no sólo morir en paz, sino vivir tan activamente como sea posible hasta el momento del final (De Simone y Tripodoro, 2004).

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) alude que el tratamiento paliativo toma un papel más predominante conforme avanza la enfermedad, aclarando que el tratamiento curativo no queda excluido. Los instrumentos básicos del CP son el control de síntomas, comunicación honesta con el paciente, familia y equipo; cambios en el trabajo interdisciplinar junto con la flexibilidad en los objetivos y la existencia de un equipo interdisciplinar.

Debido a la gran incidencia que tiene el proceso de morir en todas las dimensiones del paciente y de su familia, surge la idea de explorar otras terapias que colaboren o aporten un mayor confort. Surgiendo en este contexto las terapias complementarias.

Cabe realizar una aclaración en los conceptos de terapia complementaria y alternativa. En el caso de la primera, es como dicen Pedrosa, Aguado, Canfrán, Torres y Miró (2017),

“Las terapias complementarias son intervenciones no farmacológicas que se utilizan conjuntamente con la medicina convencional. Su objetivo principal es mejorar la calidad de vida del paciente, reducir posibles efectos negativos del tratamiento y aumentar la sensación de control percibido en el manejo de la enfermedad” (p.12).

A modo de ejemplo, se encuentra el yoga, musicoterapia, relajación, acupuntura, terapia con animales. En cambio, la terapia alternativa suplanta a los tratamientos tradicionales.

En la actualidad, nuevos estudios destacan a la terapia asistida con animales exponiendo los beneficios que tiene la relación humano-animal en temas de salud. En efecto, la Asociación Internacional de Organizaciones de Interacciones Humano-Animal (IAHAIO), define a la Terapia Asistida con Animales (TAA) como una actividad planificada, estructurada, y con unos objetivos definidos. Dirigida por profesionales de la salud, la educación, o del ámbito social. El progreso de la intervención deberá ser medido y registrado con documentación profesional.

El uso de la TAA como tratamiento adicional en cuidados paliativos, es un tema novedoso. En la revisión literaria científica de habla hispana, se encuentra cierta vacancia con respecto al enfoque de relacionar la TAA y los cuidados paliativos. Cabe aclarar, que hay abundancia de investigaciones de la TAA que están orientadas y aplicadas a otros colectivos de personas.

Un ejemplo de lo anterior, es un artículo el cual expone un estudio ex post-facto y exploratorio. En el mismo, se investiga la relación que existe entre el vínculo con un animal de compañía y la percepción de calidad de vida en un grupo de mujeres con cáncer de mama. La muestra fue conformada por 20 mujeres de entre 50 y 65 años de edad, que se dividieron en 2 grupos, evaluando factores de calidad de vida. Se compara el grupo formado por mujeres que perciben como significativa su relación con el animal de compañía y el grupo control, cuyas participantes la perciben como nula. Para obtener la información se realizaron una entrevista semiestructurada. Se aplicó la escala *Functional Assessment of Cancer Therapy Questionnaire for Breast Cancer*, que evalúa la calidad de vida relacionada con salud. Las variables trabajadas fueron cáncer de mama, calidad de vida percibida y vínculo con los animales de compañía. Los resultados demuestran que la percepción de la calidad de vida es mayor, tanto en el bienestar físico, emocional como funcional, así como también en las molestias asociadas al tratamiento en los pacientes cuya relación con su mascota es importante. Concluyendo que el vínculo significativo con un animal de compañía aumenta los niveles de bienestar en el grupo de pacientes estudiados (Cedeño y Sánchez, 2017).

Continuando con esta línea de investigación, Pedrosa, Aguado, Canfrán, Torres, y Miró (2017) realizaron una revisión bibliográfica, basada en un cierto número de investigaciones, en la que explicaron los resultados de la Terapia Asistida con Perros (TAP) en el tratamiento de personas que sufren dolor crónico. A fin de comprender esta revisión, se comparte un compendio del trabajo realizado por los autores en la que se detallan los aspectos de interés y relevancia. La población seleccionada en cada investigación, fue compuesta por pacientes pediátricos en unidad de cuidados intensivos, edad 3 a 17 años; pacientes con enfermedad crónica y cursando un estadio posquirúrgico, cuya edad oscila entre 24 a 88 años; pacientes adultos dentro de un programa de rehabilitación cuyas edades fueron de 24 a 60 años; pacientes externos con dolor crónico, pacientes con fibromialgia y pacientes con enfermedad mental todos mayores de 18 años. En las distintas intervenciones, la terapia con perros fue la más utilizada, presentando un grupo experimental y un grupo control. El tiempo de las sesiones varía en un rango de 15 a 20 minutos. Las variables/dominios utilizados fueron, signos vitales como, presión arterial, pulso, frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca; cantidad de medicación; percepción del dolor medida con la escala visual analógica; auto informe de la intensidad del dolor utilizando la escala numérica 0 y 10. Las mediciones se realizaron antes y después de la intervención. Los resultados de estos estudios muestran que la terapia con perros contribuye significativamente a mejorar el estado de los participantes, reducir la intensidad del dolor y el consumo de analgésicos, y mejorar la fatiga, el estado de ánimo y el malestar emocional. También concluyen en la escasa rigurosidad en los diseños y para futuras investigaciones es necesario especificidad. Por ejemplo, bajo qué contexto, realizado por quien y bajo qué condiciones. El tiempo necesario o el número de sesiones imprescindibles para conseguir cambios significativos y estables, o si influiría en el resultado el uso de diferentes animales en una misma sesión. Otro aspecto a investigar son los enlaces de afecto con el perro. Cabe pensar que una relación afectiva bien establecida será útil, pero se desconoce cuánto más útil, o si puede ser completamente prescindible.

Otra revisión bibliográfica, realizada por Fernández-López (2019), explora nuevas terapias para tratar el Trastorno del Espectro Autista (TEA). La terapia en la que se ha centrado es la TAA, explicitando ser un buen complemento a los fármacos como tratamiento de distintos trastornos, como por ejemplo el TEA. También pretende dar a

conocer el papel de la enfermera en la aplicación de estas terapias. Este punto resulta interesante, ya que es de importancia conocer el aporte que enfermería puede realizar dentro de esta nueva terapia. La enfermera no tiene un papel protagonista en las terapias asistidas con animales, pero puede enfocar su labor en una serie de funciones para minimizar los efectos psico-emocionales tanto del paciente como de su familia. Uno de los temas hacia los que la enfermera puede dedicarse es el desarrollo de guías o protocolos sobre la aplicación de estas terapias en pacientes con diversos trastornos. El profesional de enfermería también puede enfocarse en enseñar los beneficios y la aplicación práctica de las terapias a los familiares de los pacientes que se someten a ellas. Además, puede centrarse en enseñarles cómo reforzar en casa todo lo aprendido durante las sesiones. También puede estar encaminada hacia los temas de higiene y vacunación de los animales que se dedican a estas terapias.

Otro tipo de investigación es un estudio cuasi-experimental, realizado por Oms-Selva, Rusiñol-Rodríguez, Gómez-Hijano, y Merchán-Baeza (2020), en el que se aplicó intervenciones asistidas con perros en pacientes con demencia. Para ello, se seleccionó como población a adultos mayores de 65 años en una residencia ubicada en un entorno rural de la Comarca de Osona, Cataluña, los cuales tenían un diagnóstico de demencia. La muestra del estudio estuvo compuesta por 7 mujeres con una edad media de 84 años y un periodo de institucionalización de 29 meses. Las cuales, recibieron terapia cognitiva asistida con perros, y, por otro lado, la intervención convencional, tratándose de la actividad de memoria o de estimulación cognitiva. Las sesiones de TAP fueron implementadas durante 4 meses, llevando a cabo una sesión cada 15 días, con una duración total de 45 minutos. Se evaluó el estado de ánimo y la experiencia vivida durante la intervención. El estado de ánimo fue evaluado mediante la Observed Emotion Rating Scale (OERS), una escala observacional que valora del 1 al 7 la frecuencia en que aparecen los diversos estados de ánimo. La experiencia vivida durante la intervención fue evaluada mediante la herramienta Non-Pharmacological Therapy Experience Scale (NPT-ES). Como resultado se encontró que, en la comparación inicial, la puntuación registrada mediante el NPT-ES tras la implementación de la TCAP durante la primera evaluación fue de 13 puntos mientras que la convencional mostró una puntuación de 11 puntos. Durante la comparación final se registró una puntuación en el NPT-ES de 12,71 puntos para la TCAP, mientras que la convencional mostró un valor de 11,57 puntos. Se

puede observar que la TCAP obtuvo un valor superior que la intervención convencional respecto a la experiencia vivida por las participantes durante sus implementaciones, la diferencia de medias fue inferior en esta segunda evaluación 1,14 puntos. Con respecto al estado de ánimo, la escala de evaluación OERS mostró que tras la evaluación inicial la puntuación para los estados de ánimo positivos fue de 4,86 puntos, mientras que en la evaluación final aumentaron a 5,43 puntos, encontrándose una diferencia no significativa de 0,57 puntos. En cuanto a los estados de ánimo negativos, se registró una puntuación de 0,57 puntos inicialmente, mientras que en la evaluación final la puntuación se redujo a 0,43 puntos; mostrando una diferencia de -0,14. Como conclusión se ha podido observar una cierta tendencia en el beneficio que tiene la TCAP complementando la intervención convencional para la mejora del estado de ánimo y la experiencia vivida durante las sesiones de las personas con demencia. Pudiendo advertir, a su vez, que la TCAP aporta unos beneficios más inmediatos a las/los residentes geriátricos que les repercute positivamente en su día a día.

A continuación, se expone un artículo, el cual señala que, debido a la creencia de sus beneficios, las Intervenciones Asistidas con Animales (IAA), están comenzado a recibir la atención de diferentes campos como, enfermería, medicina, psicología, veterinaria, kinesiología, entre otros. Los autores efectuaron una recopilación de diferentes estudios donde encontraron que la población más representada estuvo compuesta por pacientes con problemáticas de salud mental y diagnósticos psiquiátricos. Los animales más utilizados fueron perros y caballos. Con respecto a las IAA, la terapia asistida con animales fue la mayormente aplicada. Al profundizar en las características de la intervención es decir modalidad, frecuencia y duración de las sesiones no es reportada o solo mencionada. No se ha encontrado una sistematización al respecto. En casos donde los datos están disponibles, se obtiene que la duración es muy variable, puede ser una sesión breve o visitas durante un año o más. Y las intervenciones suelen ser de tipo grupal como individual. El rol de los animales en las intervenciones implícitas, se enfocan en observar o estar en presencia de ellos. En las explícitas los pacientes tienen contacto con ellos, este rol se vuelve más activo.

Las mediciones de los efectos incluyeron, mediciones fisiológicas, como, presión arterial, niveles de cortisol, temperatura. La observación de comportamiento, reportes, auto reportes, escalas de distintos tipos. Al indagar sobre los resultados, en general son

positivos, muestran disminuciones de los síntomas patológicos de los pacientes, mejoras en el área social, mayor interacción y comunicación. También se reportan casos donde los efectos son moderados, recalcando que las evidencias deben ser tomadas de forma cautelosa.

En cuanto a la metodología de las investigaciones, se observaron limitaciones como, evidencias de tipo anecdótico donde se dificulta distinguir entre la evidencia científica y la anecdótica. Preguntas de investigación mal definidas, se plantea que deben apuntar a distinguir si esa intervención es efectiva en comparación a otras intervenciones o a la ausencia de ellas. Y en las que son efectivas se debe averiguar cuáles son los componentes que llevan al cambio. Otra limitación es la terminología donde se origina un uso difuso, lo cual dificulta la comparación entre estudios. En los diseños experimentales se encontró ausencia de grupo control o en casos que sí existe grupo control es inadecuado. Las muestras son pequeñas y muy heterogéneas. La falta de información sobre los detalles, en las características de las intervenciones, impiden la replicación. Tales como, duración, frecuencia, tipo de actividad y número de animales utilizados. Una variable que en general no es tomada en cuenta es el rol del guía del animal, ya que puede influir en la interacción. Otro punto es la inexistencia de manuales publicados, por ende, no hay un procedimiento estandarizado y se dificulta identificar cuál es la técnica que mejor funciona para cada paciente o grupo de pacientes. Para las mediciones de los efectos en muchos casos se utilizan escalas de elaboración propia no validadas por lo cual se dificulta asegurar la confiabilidad de los resultados reportados. La falta de seguimiento, impide conocer si los efectos hallados persisten en el tiempo, lo mismo ocurre con la frecuencia y cantidad de sesiones suficientes para llegar a estos efectos. El tema de la ausencia en la divulgación de los resultados negativos (efecto cajón) es posible que se deba al temor de sus repercusiones. Ya que las IAA van tornándose populares. En este artículo se señala, 5 rumbos a tomar para las futuras investigaciones, uno es el requerimiento de un mayor número de estudios controlados, el segundo trata de la necesidad de estudios comparativos, en tercer lugar, se deben analizar los resultados que se conecten con teorías ya desarrolladas. El cuarto hace referencia de la inclusión de medidas fisiológicas como el cortisol u oxitocina en las personas que reciben la IAA. Por último, el requerimiento de manuales que clarifiquen los procedimientos.

Otros puntos importantes y pocos explorados son las características de los animales participantes y su bienestar. Los animales más utilizados son perros, gatos, caballos, conejos, cobayos, delfines, aves, peces. La IAHAIO (2015) marcó en sus lineamientos la incorporación de animales domésticos, descartando los animales salvajes. Para su elección deben ser cuidadosamente evaluados y entrenados por expertos. En cuanto al bienestar del animal, escasas investigaciones se han centrado en la repercusión que las intervenciones producen en ellos. Indagar en este tema es de suma importancia ya que, al aumentar la demanda de las IAA, traducida en un mayor número de sesiones podría afectarlos negativamente. Es imprescindible que el guía reconozca las señales particulares de estrés de cada especie. Los controles periódicos con el veterinario deben tenerse presente y el trato hacia ellos debe ser respetuoso, viéndolos como colaboradores importantes dignos de respeto. Evitando el enfoque de utilizarlos como herramientas y teniendo en cuenta sus necesidades.

Los investigadores concluyen, que las IAA, han aportado resultados positivos en la sintomatología propia de la patología del paciente, mejoras en las áreas sociales y psicológicas. Sin embargo, las investigaciones presentan limitaciones metodológicas que generan inconvenientes para comparar y replicar resultados. Es necesario el desarrollo de investigaciones con ensayos controlados aleatorizados, poblaciones bien delimitadas y evaluaciones apropiadas. También se debe explicitar en detalle los procedimientos, para que puedan ser correctamente replicados en otros grupos (Cavalli, Carballo y Bentosela, 2020).

Con respecto al tema específico a investigar a nivel internacional se encontró un informe del Hospital Saint Joan de Déu (SJD), ubicado en Barcelona. Este efector es un centro pediátrico de alta especialización en Europa y tiene un programa que ofrece a los niños terapia y actividades asistidas con animales (perros). Es el primer centro hospitalario de España que ha creado una unidad como la Unidad Funcional de Intervenciones Asistidas con Perros (UFIAP). Las intervenciones están diseñadas para que los profesionales referentes de cada paciente puedan, mediante la interacción con el perro de terapia, trabajar los aspectos psíquicos, físicos o sociales de la persona y mejorar su calidad de vida. Durante el 2017, la unidad funcional de las IAA del Hospital, la UFIAP, consta de doce perros de terapia acreditados. Se trata de animales que han sido seleccionados, socializados y adiestrados para esta tarea desde sus primeros

meses de vida y que, de forma periódica y constante, se someten a unos rigurosos protocolos sanitarios. Si bien los ámbitos en que se desarrolla el programa son: salud mental, sala de espera, rehabilitación en fisioterapia y terapia ocupacional, urgencias, odontología, hospitalización infantil. Es de interés la temática del dolor y el ámbito en cuidados paliativos. En el tema del dolor este informe muestra el aval de otras investigaciones donde la mayoría indican la influencia de la TAA en la promoción de la calma del paciente. En la clínica, la presencia de un perro se traduce en una reducción de la angustia durante los procedimientos médicos y se ha demostrado que facilita el afrontamiento de la hospitalización en pacientes pediátricos. En el SJD se utiliza la intervención con perros para lograr distintos objetivos que facilitan la gestión de los procedimientos que suelen generar ansiedad y temor, como distractor para el paciente y para los acompañantes, mejorar el vínculo entre paciente -personal sanitario. Como fuente de distracción, frente a procedimientos externos, tales como auscultación, toma de constantes, exploración física, extracción de sangre, muestra de orina, toma de medicación, etc. También como intervención durante un proceso de sutura, colocación de un vendaje o yeso. Y para disminuir la angustia durante la espera de resultados o procedimientos.

En la Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos del Hospital se atiende de forma continuada e integrada a niños con enfermedades graves, donde es posible que no lleguen a la edad adulta, así como a sus familias. Este binomio se entiende como algo indivisible para así poder prestar una atención integral. La mayoría de las veces, las sesiones han estado orientadas a la entrada en el hospital, acompañamiento durante las sesiones con el psicólogo de la unidad o bien al reencuentro con los animales conocidos durante hospitalizaciones previas. En este informe se encontraron opiniones de profesionales y particularmente de una madre, cuyo hijo con una enfermedad terminal fue acompañado por el equipo paliativo y la intervención con perros. Los profesionales valoraron positivamente el programa con perros de asistencia, constituyen una distracción y un acompañamiento durante la hospitalización. También la madre opinó favorablemente, sus palabras textuales fueron;

[...] no es venir al hospital a que te pinchen, a que te metan cosas por las venas, que te molesta o que te duela, es venir al hospital a hacer algo divertido, a hacer algo que te sientes a gusto, que te sientes bien. Es un rato,

media hora o una hora, pero en ese rato se olvida de todo lo demás, solo existen los perritos y eso les sienta muy bien (p.71).

En el contexto nacional, se encontró un programa desarrollado por el Centro de terapias asistidas con animales (TACA) en la unidad de cuidados paliativos del hospital de Tornú situado en Buenos Aires (2005). Se considera la importancia de este artículo como antecedente, a pesar de no cumplir con los requisitos de actualidad. Ya que es una experiencia nacional, similar a las encontradas en el exterior. El propósito del estudio, fue aprovechar los beneficios del vínculo con el animal. Los cuales, colaboran en momentos de estrés emocional, mejoran la calidad de vida de las personas y de su entorno familiar. Tiene como objetivo medir los cambios que la interacción humano-animal provoca en la percepción del dolor, la depresión y la ansiedad, así como también en el bienestar de los pacientes. El equipo asiste a la unidad con una frecuencia semanal durante una hora y media, las sesiones tienen una duración promedio de veinte minutos. Las actividades desarrolladas facilitan la comunicación, habilidades de procesamiento y actividades motoras, adecuándose en función a la situación de cada paciente y familia. Luego de 2 años de trabajo se observó una apertura de la expresión de las emociones, elaboración del duelo y recuerdo de la historia personal de los pacientes. Siendo la TACA un soporte emocional adicional. Con respecto a los niveles de percepción del dolor no se encontraron cambios significativos, en cambio en la mayoría de los pacientes aumentó el bienestar y disminuyó la ansiedad y depresión. Esta investigación tuvo una amplia aceptación por parte del equipo médico y no médico. Los resultados beneficiosos obtenidos fomentan continuar investigaciones científicas de este tipo en servicios de oncología, salas de clínica médica y cardiología de diversos Hospitales. Sin embargo, señala un obstáculo importante a la falta de presupuesto para llevar a cabo el programa. Éste artículo es muy interesante, lamentablemente no brinda más información que la expuesta.

Luego del análisis de los antecedentes encontrados, donde la terapia con animales, específicamente con perros ha mostrado resultados alentadores tanto en las dimensiones físicas como psicosociales de los participantes en los distintos estudios. Se observa que, aplicada a pacientes que reciben cuidados paliativos, es un tema poco estudiado. Por ende, sería de un gran valor corroborar sus beneficios en esta población. Por ejemplo, en un paciente que transite la etapa de negación o aislamiento, el animal

podría actuar como un lubricante social, es decir ser un puente entre el paciente y el profesional. Logrando una apertura al diálogo, también, su simple presencia sería una fuente de distracción o afecto, frente a su estado de angustia. La experiencia de recibir un diagnóstico terminal, produce una crisis en la persona, puede quedar un corto o largo proceso que experimentar junto con su familia. Y es una incumbencia de Enfermería ayudar al binomio a trascender esta etapa con el mayor confort posible. Mediante cuidados específicos, acompañamiento, escucha activa y también sugiriendo alternativas sustentadas científicas

Cabe resaltar, la experiencia referida por la madre cuyo hijo en tratamiento paliativo recibió la TAA en el Hospital Saint Joan de Deus. Sus textuales palabras fueron:” *Es un rato, media hora o una hora, pero ese rato se olvida de todo lo demás, solo existen los perritos y eso les sienta muy bien*”

Entonces se comprende que, en el contexto del paciente terminal, cada minuto y cada experiencia podría ser enriquecedora, cuentan.

El propósito de este trabajo, es presentar los resultados a las autoridades del Hospital Municipal, para que, de forma conjunta, se comience a proyectar un programa con TAA. Posteriormente será elevado a las autoridades de Salud Pública, a fin de que provea de la infraestructura que demandará la puesta en marcha del proyecto, de ser aprobado.

Entonces, lo desarrollado en los párrafos anteriores, conduce a formular la siguiente pregunta de investigación, ¿cómo influye el tipo de tratamiento terapéutico en relación a la intensidad del dolor y nivel de ansiedad según sexo y edad de pacientes que reciben cuidados paliativos en un hospital público de la ciudad de Rosario, durante el primer semestre del 2022?

Las hipótesis planteadas para esta pregunta son:

1- Los pacientes que reciben el tratamiento con TAA presentan menor intensidad de ansiedad somática y manifiestan menor intensidad de dolor, que quienes reciben el Tratamiento Tradicional.

2-Los pacientes que reciben el tratamiento con TAA exponen menor nivel de ansiedad psíquica manifestando una baja intensidad de dolor, en contraste con los pacientes que reciben el tratamiento tradicional.

3-Las pacientes mujeres que reciben el Tratamiento con TAA presentan, mayor variación en la disminución de la intensidad de dolor y nivel de ansiedad que los pacientes varones sometidos al Tratamiento Tradicional.

4-Los pacientes mayores de 65 años que reciben el tratamiento con TAA exponen menor nivel de ansiedad e intensidad de dolor que los pacientes menores de 65 años.

Como objetivo general se propone determinar la influencia del tipo de tratamiento terapéutico en relación a la valoración del dolor y nivel de ansiedad según sexo y edad, de los pacientes que reciben cuidados paliativos en un hospital público de la ciudad de Rosario, durante el primer semestre del 2022. Para alcanzarlo se plantean los siguientes objetivos específicos:

- Caracterizar a los pacientes según sexo y edad
- Determinar la intensidad del dolor y nivel de ansiedad pre y post intervención con el TAA.
- Contrastar los resultados obtenidos con el tratamiento tradicional y con el tratamiento con TAA.
- Identificar variaciones en la presión arterial sistólica, la frecuencia cardíaca y respiratoria.
- Identificar modificaciones en la musculatura facial y tono muscular que den cuenta de la percepción del dolor y de la ansiedad.
- Relacionar los datos obtenidos en la respuesta verbal y la valoración del dolor por parte del paciente.
- Relacionar los cambios en la dosis y/o tipología de la medicación suministrada con la implementación de TAA.
- Identificar las modificaciones y/o aparición en cuanto al buen o mal humor, la tensión, el miedo, la depresión, el insomnio y las funciones intelectuales que den

cuenta de un cuadro de ansiedad psíquica, antes y después de la implementación de TAA

- Relacionar los datos obtenidos del comportamiento del paciente durante la entrevista.
- Identificar las modificaciones y/o aparición de síntomas musculares, sensoriales, cardiovasculares, gastrointestinales, genitourinarios y del sistema nervioso autónomo que den cuenta de ansiedad somática.
- Comparar las variaciones de los signos vitales, conducta o estado emocional, intensidad del dolor y medicación analgésica en pacientes femeninos y masculinos cuando reciben el Tratamiento Tradicional y el Tratamiento con TAA.
- Contrastar las variaciones de los síntomas de ansiedad somática y psíquica según sexo de los pacientes cuando reciben el Tratamiento Tradicional y el Tratamiento con TAA.
- Identificar según edad las modificaciones en los signos vitales, estado emocional, intensidad, medicación analgésica, síntomas de ansiedad somática y psíquica, al aplicar ambos Tratamientos.

MARCO TEÓRICO

El desarrollo socioeconómico en las últimas décadas, sumado a los avances en la ciencia de la salud, ha incrementado la esperanza de vida de la población. La consecuente longevidad, envejecimiento y aparición de enfermedades crónicas afectan a todas las dimensiones del ser humano. Es por ello que requerirán en su evolución la aplicación de los Cuidados Paliativos (C.P).

La OMS los define como:

[...] un enfoque para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias que enfrentan los problemas asociados con enfermedades potencialmente mortales. Incluye la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales. Son una parte fundamental de los servicios de salud integrados y centrados en las personas. Aliviar el sufrimiento grave relacionado con la salud, ya sea físico, psicológico, social o espiritual, es una responsabilidad ética mundial. Por lo tanto, ya sea que la causa del sufrimiento sea una enfermedad cardiovascular, cáncer, insuficiencia orgánica importante, tuberculosis farmacorresistente, quemaduras graves, enfermedad crónica en etapa terminal, trauma agudo, prematuridad extrema al nacer o fragilidad extrema de la vejez, es posible que se necesiten cuidados paliativos y tiene que estar disponible en todos los niveles de atención (SECPAL, s.f.).

En años recientes se han establecido equipos de C.P. en forma creciente en todo el mundo, fundamentalmente para responder a las necesidades de pacientes oncológicos, pero también son aplicables al cuidado de personas que padecen otras enfermedades progresivas que limitan su vida como sida, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, fibrosis quística, etc. (De Simone y Tripodoro, 2004).

Los C.P. tienen las siguientes características que benefician al paciente y su familia: alivian el dolor y otros síntomas angustiantes; afirman la vida y consideran la muerte como un proceso natural; integran los aspectos psicológicos y espirituales en el cuidado del paciente; ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte; integran los aspectos psicológicos y espirituales en el cuidado del paciente; Ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en su propio duelo; utilizan un

enfoque de equipo para responder a las necesidades de los pacientes, familias, incluido el apoyo emocional en el duelo, cuando esté indicado, mejoran la calidad de vida y pueden también influir de forma positiva en el curso de la enfermedad, pueden dispensar en una fase inicial de la enfermedad, junto con otros tratamientos que pueden prolongar la vida (Allende y Verástegui, 2014).

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos en su guía explicita los objetivos y bases terapéuticas de los C.P. El objetivo del confort, donde el tratamiento adquiere un papel predominante conforme la enfermedad avanza. Y resalta que los tratamientos curativos y paliativos no son mutuamente excluyentes. Una vez agotados los tratamientos curativos, los objetivos terapéuticos se orientan a la promoción del confort del paciente y familia. La base de la terapéutica es una atención integral, teniendo en cuenta las dimensiones física, emocional, social y espiritual. En segundo lugar, el paciente y la familia como una unidad a tratar, viendo a la familia como un apoyo fundamental para el paciente. Por lo tanto, es primordial contenerla y educarla. En tercer lugar, la promoción de la autonomía y dignidad del paciente deben regir las decisiones del tratamiento. Para ello es preciso elaborar junto al paciente los objetivos terapéuticos. Se suma la concepción terapéutica activa, donde se supera la frase “no hay nada más que hacer”. Sin olvidar la importancia del ambiente o una atmósfera de respeto, confort, soporte y comunicación. Ya que influye de manera decisiva en el control de síntomas.

Por otro lado, la guía aclara los instrumentos básicos de los C.P., el primero es el Control de síntomas, reconocimiento, evaluación y tratamiento adecuado de numerosos síntomas que inciden sobre el bienestar del paciente. Algunos es posible controlarlos (dolor, disnea), en otros será preciso promover la adaptación del paciente a los mismos (debilidad, anorexia). En segundo lugar, se ubica el apoyo emocional y la comunicación con el paciente, familia y equipo, estableciendo una relación franca y honesta. En tercer lugar, propone una estructura flexible tanto en la organización y los objetivos propuestos, ya que deben adaptarse a la dinámica del paciente. Y, por último, un equipo interdisciplinar que disponga de espacios, tiempo determinado, formación específica y apoyo adicional. Se dificulta plantear a los C.P. sin un trabajo en equipo con las características mencionadas (SECPAL, s.f.).

Al relacionar el tema de los cuidados paliativos con alguna teoría de Enfermería, se encontró la Teoría del Final Tranquilo de la Vida de Rulan y Moore¹, la cual se basa en el modelo particular² de estructura, proceso y desenlaces que fue parcialmente desarrollado a partir de la teoría de los sistemas generales. Este define a la calidad de atención como un modelo de asistencia para maximizar el nivel de bienestar del paciente. Una vez realizado el balance entre beneficios y pérdidas esperados en el desarrollo total del proceso asistencial. Se aplica a la excelencia de una disciplina, perfección de un proceso es decir a realizar correctamente las cosas (Mijangos, Jiménez, Pérez y Hernández, 2020).

En la Teoría del Final Tranquilo de la Vida, la estructura-contexto es el sistema familiar, es decir el paciente terminal y sus allegados. Quienes reciben los cuidados en una unidad hospitalaria de agudos y el proceso, son las intervenciones de enfermería orientadas a promover, la ausencia del dolor, sensación de bienestar, dignidad y respeto, sentimientos de paz y sentir la proximidad de los allegados y cuidadores. Otra teoría en la que se basan es la teoría de la preferencia, la cual define a la buena vida como conseguir lo que se desea, enfoque adecuado para el cuidado del FV. La calidad de vida es una manifestación de la satisfacción y se evalúa con criterios como alivio de síntomas y satisfacción con las relaciones interpersonales. La incorporación de las preferencias de los pacientes en la toma de decisiones sobre sus cuidados es apropiada y necesaria para un desenlace satisfactorio. Los conceptos principales es la teoría del FV son: ausencia de dolor, parte fundamental, el paciente sentirse sin dolor o molestias sintomática, experiencia de bienestar es un alivio de la molestia, estado relajado y satisfacción, haciendo la vida placentera, experiencia de dignidad y respeto, el paciente terminal es respetado y apreciado como ser humano. Se tiene presente el principio ético de autonomía, estado de tranquilidad, es un sentimiento de calma y armonía, donde no

¹ Cornelia M. Ruland obtuvo el doctorado en enfermería en la Case Western Reserve University, en Cleveland (Ohio), en 1998. Es directora del Center for Shared Decision Making and Nursing Research en el Rikshospitalet University Hospital de Oslo (Noruega). También es profesora adjunta en el Department of Biomedical Informatics en la Columbia University de Nueva York.

Shirley M. Moore: docente asociada de investigación y profesora de la School of Nursing de la Case Western Reserve University. Obtuvo su diploma de enfermería en la Youngstown Hospital Association School of Nursing (1969) y su licenciatura de enfermería en la Kent State University (1974). En la Case Western Reserve University obtuvo un máster en enfermería psiquiátrica y de salud mental (1990), así como un doctorado en ciencias de la enfermería (1993). Ha enseñado teoría y ciencia de la enfermería a estudiantes de enfermería de todos los niveles, y dirige un programa de investigación y desarrollo de teorías sobre la recuperación tras episodios cardíacos. Dichas autoras desarrollaron la Teoría del final tranquilo de la vida (F.V),

² El modelo es el de Donabedian.

hay lugar para la ansiedad, agitación, miedo. Este estado incluye las dimensiones físicas, psicológicas y espirituales del paciente, proximidad de los allegados, es la conexión con las personas que se preocupan por el paciente. Entrando en juego la cercanía física o emocional propia de las relaciones afectuosas. Los dos supuestos del FV son, los acontecimientos y sentimientos de la experiencia del FV son individuales. El cuidado de enfermería es primordial para generar la experiencia del FV. Enfermería valora e interpreta las manifestaciones del paciente, interviniendo adecuadamente para generar o mantener una experiencia calma. Se presentan dos supuestos implícitos, por un lado, la familia que incluye a todos los allegados, y su importancia en el cuidado. Luego se encuentra el objetivo del cuidado, entendiéndolo como el uso de la tecnología y de las intervenciones para lograr una buena calidad de vida y por ende una muerte tranquila. Sin llegar al encarnizamiento terapéutico.

En la teoría expuesta se identificaron 6 postulados: control y administración analgésica, aplicar intervenciones farmacológicas y no farmacológicas. De esta manera se genera que el paciente no experimente dolor, prevención, control y alivio de las molestias físicas, contribuir al reposo, relajación, satisfacción y prevención de las complicaciones contribuye al bienestar del paciente, hacer partícipe el paciente y su familia en las decisiones terapéuticas, respetar su dignidad con empatía y atención a sus necesidades, deseos y preferencias. Estas condiciones benefician la experiencia de dignidad y respeto del paciente, brindar contención emocional, atender sus necesidades de medicación ansiolítica, proporcionar confianza, orientar al paciente y familia en cuestiones prácticas. Permitir la presencia de otro cuidador si le expresa el paciente, ya que aumenta la tranquilidad del paciente, fomentar la participación de la familia en el cuidado del paciente, atender sus preocupaciones y dudas. Lo cual contribuye a la proximidad con este, la realización del conjunto de los postulados anteriores colabora al final tranquilo de la vida.

La Teoría del Final Tranquilo de la Vida fue desarrollada para adultos terminales y sus familias, en un encuadre de pacientes agudos. Si bien el contexto que circunscribe el desarrollo de esta teoría es noruego, es posible que sea adaptable a otras culturas. En efecto, sus conceptos y relaciones encuentran eco en distintas enfermeras (Raile-Alligood y Marriney-Tomey, 2011).

El soporte por parte de C.P. debe brindarse desde el inicio de diagnóstico, es importante considerar que no sólo los pacientes oncológicos se benefician, cada vez más son los pacientes con enfermedades “no malignas”, que necesitan de estos cuidados. Una vez que se ha valorado al paciente y se concluye candidato para recibir C.P, se siguen los pasos del modelo de atención, el cual consta de, valoración global de la situación del paciente, abordaje integral, establecer comunicación con la familia desde el primer momento, reorientar los esfuerzos terapéuticos para brindar confort, elaborar un plan anticipado de cuidados para valorar las voluntades anticipadas, favorecer la reubicación del paciente conforme a los recursos más adecuados, constatar con la atención facilitada es acorde a las expectativas del paciente y su familia, satisfacción al equipo por dar la mejor atención posible cuando la muerte está próxima.

A continuación, se presenta la estructura para la historia clínica de estos pacientes. Se comienza con los antecedentes personales y familiares, estado actual, exploración física, valoración psicológica y funcional cognoscitiva, valoración familiar y social, valoración de las necesidades espirituales, hojas de resumen, documentos como estudios de laboratorio y gabinete y consentimientos informados y por último el plan diagnóstico y terapéutico. También existen premisas a tener en cuenta, en el interrogatorio integral, deben considerarse los aspectos biopsicosociales. Se debe identificar al cuidador primario para ofrecerle educación y elementos de apoyo. Identificar síntomas agudos y prioridad de los mismos. Considerar diagnósticos de enfermedades crónico-degenerativas agregadas y valorar el uso actual de su medicación. El tratamiento integral está a cargo de un equipo multidisciplinar conformado por médicos, enfermeros, nutricionistas y psicólogos (Allende y Verástegui, 2014).

Lo primordial es el control de síntomas, entendiendo como síntoma a aquello que subjetivamente el paciente considere una molestia. Es uno de los componentes fundamentales del C.P. y se utiliza una estrategia para alcanzar un buen control de los síntomas. La cual se resume en la sigla “EMA”, Evaluación y Explicación; Manejo terapéutico y Monitoreo; Atención a los detalles. La evaluación debe responder, ¿cuál es la causa más probable del dolor? ¿Cuál es el mecanismo fisiopatológico subyacente? ¿Cuál es el impacto del síntoma en la vida del paciente? ¿Qué tratamiento ya han sido implementado? La explicación de la causa y mecanismos del síntoma en lenguaje

simple, explicar las opciones de tratamiento para que el paciente seleccione la más apropiada para él.

El manejo terapéutico implica 3 aspectos, corregir lo corregible, tratamiento no farmacológico y tratamiento farmacológico. El monitoreo o seguimiento es preciso para evaluar la eficacia terapéutica, para detectar la aparición de nuevos síntomas y efectos adversos del tratamiento. La atención a los detalles, se refiere a aspectos artesanales como por ejemplo el consejo escrito es importante, y que sea legible aún más. La escucha activa y comprensión de las emociones acompañantes del síntoma (Simone y Tripodoro,2004).

Si bien, en un principio los C.P. fueron desarrollados para pacientes oncológicos en su fase terminal, también abarcan a pacientes diagnosticados con enfermedades graves cuyos síntomas los hacen susceptibles de recibir estos cuidados. Por ejemplo, padecer insuficiencia cardíaca, enfermedad renal, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Sociedad Americana contra el Cáncer, s.f.).

La enfermera Cruz junto a otros autores, en su libro sobre cuidados paliativos explica la aparición de dificultades en el intento de definir al paciente paliativo por existir una falta de consenso. Destaca algunos elementos que colaboran a alcanzar una definición válida del paciente: dificultad en estimar un pronóstico en un gran número de enfermedades no oncológicas, criterio del establecimiento para definir el cambio al tratamiento paliativo, repercusiones que el “status paliativo” pueda tener en el resto del cuidado del paciente, presiones económicas entre las necesidades y los medios destinados a cuidados paliativos, escaso entendimiento del significado de enfermedad avanzada y fase terminal. También expone el consenso de un panel formado por el Centro para el Avance de los Cuidados Paliativos en EE.UU. Dónde como criterio para identificar dichos pacientes era tener una condición potencialmente limitante de vida o con peligro de muerte. Un segundo criterio abarca a pacientes que sufran síntomas físicos como psicosociales graves, pacientes con preocupaciones sociales o espirituales que afecten de manera importante su vida cotidiana, pacientes o familiares que precisen ayuda para entender la enfermedad. Por otro lado, la Guía de Criterios de Calidad de Cuidados Paliativos del Ministerio de Sanidad y Consumo de España considera a aquel que precisa “atención integral, individualizada y continuada por presentar una

enfermedad en situación avanzada y terminal, así como caracterizada por la presencia de síntomas múltiples, multifactoriales y cambiantes, con demanda de atención. Esta demanda es atendida de forma competente y con objetivos terapéuticos de mejora del confort, y de la calidad de vida, definidos éstos por el propio enfermo y su familia, con respecto a su sistema de creencias, preferencias y valores” (p.56). Una pregunta que todos los equipos de C.P. se plantean ¿cuándo comenzar a brindar C.P.? Cruz et al explica que, para el establecimiento del momento apropiado, los conceptos de enfermedad avanzada y “terminalidad” así como la familiaridad con la historia natural típica de enfermedades oncológicas y no oncológicas, deben ser tenidas en cuenta. Las necesidades paliativas, en general, comienzan antes de que se cumplan estos criterios.

Con respecto a este punto, a través de la bibliografía leída, la implementación temprana de los C.P. siempre colabora en un mejor control de síntomas, aumentando el bienestar y confort de los pacientes.

A continuación, Cruz et al, caracterizan a la enfermedad avanzada oncológica y no oncológica. Enfermedad avanzada oncológica, presencia de enfermedad avanzada, progresiva e incurable, luego de recibir terapia eficaz, escasa posibilidad de respuesta al tratamiento específico; presencia de debilidad, anorexia, disnea en reposo, edema y delirium; parámetros relacionados a una mortalidad precoz, hiponatremia, hipercalcemia, hipoproteinemia, hipoalbuminemia, leucocitosis, neutropenia y linfopenia; impacto emocional en el paciente, familia y equipo relacionado al proceso de morir; deterioro cognitivo; pronóstico vital limitado especificado por el especialista correspondiente; percepción del propio paciente sobre una peor calidad de vida. Enfermedad avanzada no oncológica, la edad avanzada produce insuficiencias orgánicas junto a comorbilidades, polimedicación, presencia de síndromes geriátricos incapacitantes, problemas psicosociales, alta dependencia. Todo ello complejiza la toma de decisiones y estos pacientes tienden a ser derivados de forma tardía al programa de C.P.

Primordialmente tienen la necesidad del control del dolor, como se ha expuesto anteriormente, y de apoyo emocional que, al ser contenidos, los sentimientos de desesperación, desamparo y aislamiento disminuyen (Arévalo-Vanegas, Cuavas-Bohada, Martínez-de la Hoz, Ochoa-Gutiérrez y Bohórquez-Moreno, 2021). Para cubrir la necesidad de apoyo emocional, es necesaria la escucha activa por parte del equipo

de salud, la cual se utiliza en todas las etapas de cuidado. Es una habilidad muy útil, ya que es preciso captar en el lenguaje verbal y no verbal del paciente indicios de necesidades a trabajar. El apoyo familiar es clave para disminuir los niveles de ansiedad, depresión y experiencia de dolor. Otro punto muy importante es la comunicación y por ende la información a compartir con el paciente. Relacionándola con el respeto, empatía y aceptación, el paciente al recibir una correcta información, podrá realizar decisiones anticipadas, gestionar su vida y de esta manera combatir la soledad y aislamiento. El equipo de C.P. a través de una comunicación asertiva debe transmitir tranquilidad y confianza, creando un ambiente propicio para que el paciente exprese sus sentimientos. El paciente que transita una etapa terminal, aparece la espiritualidad cuya definición aportada por la SECPAL es “la aspiración profunda e íntima del ser humano, el anhelo de una visión de la vida y la realidad que integre, conecte y trascienda y dé sentido a la existencia”. Una segunda definición presentada en la conferencia de consenso sobre espiritualidad en Pasadena, EEUU en 2009 afirma que “la espiritualidad es el aspecto de la condición humana que se refiere a la manera en que los individuos buscan y expresan significado y propósito, así como la manera en que expresan un estado de conexión con el momento, con uno mismo, con otros, con la naturaleza y con el significado de lo sagrado”. Cuando un paciente refiere la necesidad de hablar sobre este tema, no debe posponerse, ya que para ellos la atención es aquí y ahora. La SECPAL propuso un listado de necesidades espirituales como guía para orientar a los equipos de salud. Ser reconocido como persona, releer su vida, encontrar sentido a la existencia y el devenir, búsqueda de sentido, liberarse de la culpabilidad, reconciliación, establecer su vida más allá de sí mismo, auténtica esperanza, no ilusiones falsas, expresar sentimientos y vivencias religiosas, amar y ser amado, necesidad de soledad, silencio, de privacidad; necesidad de arraigo y anclaje, necesidad de cumplir con sus deberes, necesidad de gratitud, necesidad de estar con la familia, amigos y/o personas significativas, necesidad de proyectar su vida más allá del final de la vida ,necesidades estéticas, necesidad de libertad, de liberarse, necesidad de mantener la integridad física y espiritual (Pérez-García , 2016).

La Terapia Asistida con Animales, forma parte de las terapias complementarias, cuyo objetivo es brindar bienestar y calidad de vida de pacientes que sufren distintas afecciones. Al incursionar en la historia de la TAA, se encontró que la publicación del

libro "Psicoterapia infantil asistida con animales" cuyo autor es Lobinsón en 1962 conformó un hito en el desarrollo de programas de Intervención asistida con animales(IAA), denominada específicamente Terapia Asistida con Animales (TAA). Lobinsón, psicólogo infantil norteamericano, de forma casual, descubrió el poder terapéutico de la interacción entre el animal y el ser humano. Experimentó que los niños introvertidos perdían sus inhibiciones y miedos, gracias a la presencia de su perro Jingles, en las sesiones de psicoterapia. Observó, además, el efecto catalizador que ejercía el perro favoreciendo la comunicación entre el psicoterapeuta y el niño. Sobre 1964, acuñó el término de terapia con mascotas, Pet Therapy. Fue pionero en describir específicamente los procesos, beneficios y procedimientos en estas intervenciones. Luego de esta publicación, comenzó el desarrollo de otras experiencias. Dando origen a la reunión de varios médicos, psiquiatras y veterinarios para crear en 1977 la Delta Foundation en Portland, EE.UU. Esta asociación fue la primera a nivel mundial en desarrollar investigaciones y protocolos de trabajo en IAA. Con el tiempo dio lugar a la Delta Society creada en 1981, en la actualidad es Pet partners. En 1990, la Delta Society, junto con otras organizaciones fundan la Internacional Asociación de Organizaciones interacción Humano-Animal (IAHAIO) la cual aboga por el desarrollo de nuevos protocolos, estándares y trabajo para el reconocimiento legal de esta práctica. (Montes, Pérez, Hidalgo, Luque y Viedma,2015) Esta organización en 2014 publica un paper, actualizándose en 2018 donde expone recomendaciones frente a la falta de directrices en el campo de las IAA y unificando definiciones. Entendiendo a la Intervención Asistida con Animales(IAA), como una intervención con estructura y objetivos, que buscan beneficios para los humanos, al sumar a un animal en áreas de la salud, educación y social. Es desarrollado por profesionales expertos. Dentro de las IAA encontramos a la Terapia asistida con animales (TAA), la Educación Asistida con Animales (EEA), y las Actividades Asistidas con Animales (AAA).

La Terapia Asistida con Animales, es una intervención planificada, estructurada y con objetivos específicos. Es dirigida por profesionales de la salud, educación o del área social. Los resultados obtenidos en su desarrollo son medidos y registrados de manera profesional. Estos profesionales deberán contar con licenciatura, título o grado equivalente vigente y formados dentro de la práctica que desempeñe en la terapia. Las

TAA se enfocan en promover el funcionamiento físico, cognitivo, conductual y socio-emocional del paciente o grupo.

La Educación Asistida con Animales, también es planificada, estructurada y con objetivos específicos, dirigida por educadores. Su objetivo es el desarrollo académico, habilidades sociales y funcionamiento cognitivo.

La Actividad Asistida con Animales, es una interacción informal, con objetivos específicos, cuyo enfoque es la motivación educacional y recreativa. No necesariamente tienen que estar dirigidas por un equipo educativo o de salud, pero deben ser supervisadas por un profesional.

Cabe resaltar que uno de los profesionales que conforma el equipo humano-animal, debe tener conocimientos adecuados sobre el comportamiento, necesidades, salud e indicadores de estrés de los animales que participan en estas actividades.

Gran parte de la comunidad científica ha aceptado el importante papel que los animales pueden jugar en la salud física, psicológica y social de las personas. Sin embargo, no se han aclarado los mecanismos por los cuales esto sucede, quedando incierta una fundamentación teórica única para esta realidad. Kruger y Serpell (2006) describen marcos conceptuales que sustentan los objetivos terapéuticos y de acompañamiento emocional que proporcionan los perros. Discriminan dos grandes ejes: aquellas teorías que destacan características intrínsecas del animal que contribuyen a la terapia, hipótesis de la biofilia, teoría de la medicación social, teorías psicoanalíticas, y por otro lado las que fundamentan el animal como instrumento de cambio cognitivo y de comportamiento, teoría cognitiva y teoría cognitiva social.

La hipótesis de la biofilia ha demostrado que la presencia de ciertos animales genera efectos calmantes, por su lado la teoría de la mediación social asevera que la sola presencia de un animal genera conversación fluida, y la teoría del apego sostiene que el animal ofrece seguridad psicológica (Doménec-Elizalde et al, 2016).

Al buscar relacionar la TAA con una teoría de Enfermería, se encontró un fundamento en la Teoría del Entorno de Florence Nightingale. Esta teoría se centra en las condiciones ambientales capaces de provocar la enfermedad. Entendiendo como condiciones ambientales al aire, luz, calor, alimentos, higiene y ruidos. Si bien no se

distingue entre los elementos biológicos, psicológicos y sociales, son incluidos dentro del entorno, el énfasis se encuentra en el aspecto físico propio de la época. Se deduce una atención preventiva en el principio donde la salud se favorece manejando los 5 elementos en un hogar. A esta actividad la llamó Enfermería de la Salud.

Las acciones de Enfermería en relación a los elementos del ambiente son, ventilación, el ambiente debía estar libre de gérmenes y temperatura adecuada, exposición a la luz solar, trasladando al paciente siguiendo la luz solar, higiene, del paciente, de la enfermera, en especial sus manos y del ambiente, ruidos, subrayaba que, si el paciente no estaba tranquilo, no valían el resto de los cuidados, dieta en la cual la enfermera debía aplicar su inteligencia para equilibrarla. Otro elemento en su teoría era el control de los pequeños detalles, la enfermera al controlar el entorno debía proteger al paciente de daños físicos y psicológicos. También Nightingale reconoció que las visitas de pequeños animales domésticos sería un beneficio para el paciente. (Alligood, M., Tomey, A, 2011) Es este último punto dónde se relaciona la Teoría del Entorno con el tema a investigar, Nightingale observó el beneficio de la interacción humano-animal. Tal cual se refleja en los distintos estudios que se realizaron desde la época de Levinson a la actualidad. En los cuales la presencia del animal mejora la sintomatología de los pacientes.

El apego hacia los animales, es una conducta innata, presente en las especies sociales, lo cual sería una de las explicaciones de la efectividad de las Terapias con animales. El animal actuaría como un catalizador, acelerando la evolución de los pacientes. Ya que facilita el cumplimiento de los objetivos terapéuticos, incluso en pacientes más resistentes. En las intervenciones con perros, su presencia promueve la conexión entre el paciente y el profesional. De esta manera facilita el proceso terapéutico.

Los autores Gutiérrez, Granados y Piar (2007) en su artículo sobre interacciones humano-animal, el cual es una revisión bibliográfica, ordenan los beneficios de la siguiente manera: físicos, psicológicos y sociales. Con respecto a los primeros, se halla el trabajo de Anderson, Reim y Jenings (1992), estudio realizado en Australia, que examinaron factores de riesgo cardiovascular en dueños y no dueños de mascotas. En el mismo, encontraron que los propietarios de mascotas realizaban más ejercicio físico, buenos valores de presión sanguínea, niveles más bajo de colesterol y triglicéridos que

los no propietarios. También está la investigación de Friedman, Katcher, Lynch y Thomas (1980) que se enfocaron en el efecto de la compañía de mascotas en la recuperación de pacientes que habían sufrido infarto de miocardio. Luego de 1 año, el 94% de los pacientes con mascotas continuaban vivos. El 43% de los que no tenían mascotas seguían con vida solamente. También se encuentra el trabajo de Allen (2003), quien expone en su estudio, en el cual participan mujeres en la resolución de ejercicios de aritmética en presencia de otra persona con la cual existiera un vínculo cercano y su mascota. Como resultado encontró que en presencia de su mascota fueron más efectivas en la resolución y mostraron menor presión arterial que en presencia de su persona elegida. Otra investigación de la autora estuvo dirigida a trabajar con un grupo de corredores de bolsa, que estaban comenzando un tratamiento con Lisinopril para bajar su presión arterial. Esto se debía al alto nivel de estrés al cual su trabajo los expone. Para ello, los dividió en dos grupos, los integrantes de un grupo adoptaron una mascota y los del otro grupo no. Los resultados evidenciaron que la droga actuó por igual en ambos grupos, pero aquel que adoptó una mascota obtuvo una mejoría en su presión arterial asociada al estrés.

También se hallan más investigaciones que aseveran los beneficios físicos. Beck (1997) explica que el contacto físico de adultos mayores con su mascota manifestaba una disminución de sus síntomas de artritis, dolores reumáticos. Su mascota la induce a realizar mayor movimiento y más caminatas. Siendo un pretexto perfecto para salir a pasear o realizar ejercicio. Pedrosa et al (2017), sostiene que, dentro de los beneficios físicos que aporta esta la TAA, el principal es la reducción del dolor. Numerosos estudios demuestran que los pacientes entrevistados refieren valores inferiores de dolor en las escalas de valoración tras las sesiones con animales. En lo que respecta a los signos vitales, se confirmó una reducción de la frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y de la presión arterial, luego de la intervención con animales. Y los efectos hormonales secundarios a las relación humano-animal, producen un aumento en las concentraciones de las hormonas endorfina, serotonina, oxitocina y dopamina. Por consiguiente, aumenta el estado de ánimo del paciente, mejorando su calidad de vida. Otro hallazgo es la disminución de los niveles de cortisol en saliva, esta hormona está directamente relacionada con el nivel de estrés. Concluyendo que la terapia con animales aumenta el bienestar y disminuye estados de estrés.

Asimismo, también existen investigaciones que alcanzaron resultados sin reflejar que la presencia de las mascotas causara algún efecto positivo. Por ejemplo, Hirsch y Whitman (1994) estudiaron los reportes de dolor de cabeza y dolores crónicos, entre propietarios y no propietarios de mascotas. Llegaron a la conclusión de no encontrar diferencias en las frecuencias de estos reportes.

Los beneficios psicológicos se evidencian en la interacción con animales, la cual promueve el ejercicio físico, centra la atención, estimula las relaciones sociales, mejora el sentido del humor, favorece el contacto físico, el juego y demostraciones de afecto. Persona-mascota y persona-persona, por consiguiente, parece servir como remedio para la soledad y la depresión. También favorece la independencia, el sentido del valor y utilidad para otros y la motivación. Sin embargo, estos efectos son modulados por la edad, actitud hacia las mascotas, el grado y fuente de soporte social junto a otras variables psicológicas. Estudios en niños que han recibido programas educativos sobre el trato hacia los animales, muestran un aumento en la calidad de dicho trato, también mayor empatía hacia otras personas (Ascione y Weeber, 1996).

La Terapia Equina Asistida, que se acopla a los beneficios psicológicos, ha sido aplicada a niños víctimas de violencia intrafamiliar como herramienta psicoterapéutica en un estudio exploratorio con el objetivo de generar en estos niños empatía, sentido de la responsabilidad y aprendizaje en la resolución de conflictos. Encontrándose una mejoría, con mayor énfasis en los niños más pequeños. (Schultz, Barlow y Robbins, 2007). Mallow (1992) encontró que este tipo de terapia produce beneficios en el desarrollo de habilidades verbales en niños con síndrome de Down y autismo. Otro grupo que se beneficia con la terapia con animales, son los adultos mayores. Balazote (1999) realizó una investigación en un hogar geriátrico para observar si la presencia de una mascota promovía el diálogo entre los residentes. Para ello dividió la población conformada por 10 residentes, en dos grupos. El experimental convivía con la mascota, expresó más recuerdos positivos y menos negativos que el grupo control.

El estudio de Granados, Peña y Gutiérrez (2007), efectuado en Colombia, se abocó sobre un grupo de hombres diagnosticados con HIV. Estos convivieron con un animal y se hicieron cargo de su cuidado. Entre los hallazgos de la investigación, se concluyó que no sufrieron infecciones oportunistas o zoonosis de algún tipo. Cabe

remarcar que los pacientes con VIH/Sida tienen mayor vulnerabilidad, ya que sufren miedo a la desfiguración, debilitamiento, infecciones, miedo al abandono social y de su pareja, amigos y familia, sentimientos de culpa sobre su conducta sexual. Las mascotas cumplen el rol de consuelo y compañía, disminuyendo los sentimientos de aislamiento y estrés. Estas personas, ven a su mascota como parte de su familia, por ende, es una fuente de soporte emocional.

Los beneficios sociales, se centran en el efecto lubricante social que produce el animal, cohesión social, juego cooperativo, mayor cooperación con otras personas y promoción del contacto social con otras personas y entre miembros de la familia. Beck (1997) afirma que las personas cuando hablan con su mascota se sienten tranquilos y sin presiones. Smith (1993) en un estudio de tipo etiológico observó la interacción de los miembros de 10 familias con sus mascotas. Encontró que el juego no era exclusivo de los niños con la mascota. Los adultos también se sumaban fácilmente.

El efecto lubricante social se refiere a que la mascota facilita a su dueño entablar diálogo con otras personas y a mejorar la relación con éstas. Messent (1984) ha observado que la presencia de un perro en un grupo de personas, estas conversan y ríen más.

Resumiendo, una persona acompañada por su mascota tiene mayores posibilidades de sumar nuevas amistades, mayores interacciones sociales positivas y afectivas. (Gutiérrez, G., Granados, D. y Piar, N., 2007)

A partir de los antecedentes presentados en este trabajo, sumado a lo que plantean los autores Chacón-Herrera y Serradas Fonseca (2018), los animales que son destinados frecuentemente a las TAA son perros, gatos, caballos y delfines. También se emplean pájaros y peces en acuarios. A continuación, se enuncian las terapias más frecuentes. Terapia Asistida con Perros, basada en una conexión cercana con perros entrenados, dentro de un programa terapéutico, en el cual se busca la participación de los pacientes en distintas actividades sensoriales. En la Terapia Asistida con Delfines, un terapeuta realiza procedimientos junto al delfín, dirigido al paciente dentro y fuera del agua. Para mejorar la condición física y mental. La Terapia Asistida con Caballos es una terapia física, donde el caballo colabora con personas que sufren afecciones neurológicas y neuromusculares. Se clasifica en Hipoterapia y Equitación Terapéutica.

El perro es el animal para TAA, elegido mayoritariamente debido a sus razas, temperamento y habilidades para su adiestramiento. Según el Informe sobre Intervenciones Asistidas con Perros en pediatría, del Hospital Saint Joan de Déu, el perro de terapia es específicamente seleccionado y adiestrado con un profesional especializado. Dos cualidades importantes son el temperamento y personalidad del perro, igualmente su efectividad en la terapia depende del grado de adiestramiento y, profesionalidad del Técnico en Intervenciones Asistidas con Animales. Un buen perro de terapia debe ser predecible, fiable, controlable, confiable. De carácter alegre, seguro de sí mismo, sociable, abierto y con ganas de aprender. También apuntan a que estos animales deben vivir y ser cuidados en las mejores condiciones y recibir afecto. Por lo tanto, es necesario que el perro, tenga aptitudes y actitudes óptimas, acreditadas para una interacción segura. Su selección específica, socialización y adiestramiento adecuados para desarrollar las intervenciones y que éstas sean efectivas. Debe acudir a las sesiones junto a su entrenador, el cual está pendiente de su bienestar físico y emocional. Y tener un protocolo sanitario, para evitar zoonosis y la propia salud del animal. En este informe detallan los chequeos que exigen a los perros de terapia que trabajan en el programa. Y constan de pruebas analíticas cada 6 meses compuestas por examen clínico general de buena salud, desparasitaciones internas, hemograma completo, proteinograma y coeficiente de albúmina/globulina, desparasitaciones externas, vacunación según normativa, serología anual de brucelosis, leptospirosis, ehrlichiosis, enfermedad de Lyme y leishmaniosis.

En la revista Nursing (2011), D'Arcy Y, en su artículo, Las mascotas reconfortan y alivian el dolor, expone las directrices del Centro para el Control y la prevención de enfermedades, para las TAA.

Utilice animales que estén vacunados, sanos, limpios, bien cuidados y bajo control rutinario del veterinario; Utilice sólo animales que estén adecuadamente entrenados y al cuidado de un entrenador con experiencia; Antes y después de cada encuentro, el personal sanitario, los pacientes y los visitantes deben lavarse las manos; Si el animal araña, muerde o tiene un comportamiento inadecuado, cure la herida, informe del incidente y quite al animal del programa; Reduzca al máximo la posibilidad de padecer alergia por el pelo, la caspa u otros restos; Acabe la visita si el animal se alivia

inadecuadamente; No permita que el animal acceda al quirófano, las áreas donde se prepara medicación, las áreas de almacenaje y los carritos; Utilice sólo las especies apropiadas, excluyendo reptiles o primates que puedan lesionar o contagiar alguna enfermedad; En los pacientes inmunodeprimidos, tenga en cuenta los riesgos que puede comportar un contacto con el animal para decidir si deben formar parte del programa. (p.49)

Noguera-Martínez (2016) detalla las áreas de intervención de la terapia asistida con perros. En la Gerontología los animales han resultado de gran apoyo para los adultos mayores, ya que su compañía contrarresta la soledad, mejorando el bienestar psíquico y la socialización. En la Clínica, la intervención con animales promueve el descentramiento temporal de la enfermedad y dolor. También forma parte de programas paliativos. Otra área es la de los Centros Penitenciarios y Centros de Menores, los presos se encargan de adiestrar y cuidar a los perros, aprendiendo el oficio. En los centros de menores, los jóvenes asumen la responsabilidad del cuidado del animal, de este modo aprenden de disciplina y aumenta su autoestima. Una modalidad novedosa fue su incorporación de perros de terapia en juicios donde testifican niños. Se le enseña al niño a hablar en presencia del perro y en el momento de emitir su testimonio, el animal brinda apoyo y seguridad. En los Entornos Escolares, la intervención con el animal, apunta a la mejora de las funciones físicas, sociales, emocionales y cognitivas de los alumnos. Siendo el perro un potente motivador para el aprendizaje.

Como se expuso anteriormente, uno de los beneficios de la TAA es la disminución del dolor, entendiendo como dolor a una experiencia subjetiva en la cual inciden variables emocionales, cognitivas, de memoria, sociales y espirituales. Proporciona información del propio cuerpo actuando como mecanismo de defensa al existir una lesión tisular. (Allende y Verástegui, 2014). La asociación Internacional para el Estudio del Dolor definió el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión real o potencial o descrita en los términos de dicha lesión” (p. 257). Esta definición ha sido aceptada por el mundo científico y sanitaria y por la OMS. Un análisis de ella, expone su perfección al recoger los diferentes componentes del dolor y su tipología.

La lesión tisular representa el dolor nociceptivo por estímulo de los receptores del dolor (nociceptores) y ser a la vez la causa u origen de dolor. Las vías y mecanismos de transmisión nerviosa y sensorial del estímulo doloroso identifican los mecanismos fisiopatológicos del dolor, y a su vez la lesión o alteración de las mismas representan el dolor neuropático. Por último, la percepción y vivencia cognitiva y conductual del dolor representa la experiencia personal individual y psicológica del dolor y la propia alteración de la vivencia del dolor constituirá el área de dolor psicógeno, tipo de dolor que difícilmente ha sido reconocido como tal. La fortaleza de esta definición incluye el concepto multidimensional del dolor, su brevedad y su simplicidad. Hablar del dolor y tratar a pacientes con dolor implica tener siempre presente estos tres elementos y su interrelación (Pérez-Fuentes, 2020, p.232).

Surgen algunas críticas a esta definición ya que no identifica el dolor en neonatos y ancianos, también se ha objetado que el dolor es más que un síntoma, al hablar de dolor crónico se orienta a pensar como una enfermedad con su propio curso clínico. En consecuencia, la definición debe incluir este aspecto (Pérez-Fuentes, 2020).

Se clasifica al dolor (ver Gráfico 1) según su duración, se presenta como agudo cuando es una sensación transitoria, con un bajo componente psicológico. O como crónico, cuando se manifiesta de forma persistente acompañado del componente psicológico. Según su patogenia, neuropático, producido por un estímulo directo al sistema somato sensorial. Su descripción es un dolor punzante, quemante. Nocioceptivo, resulta de la estimulación de los nervios periféricos y se divide en somático y visceral. Psicógeno, es mediado por el ambiente psico-social del individuo. Según su localización, somático el cual es originado por excitación anormal de nocioceptores somáticos superficiales o profundos. Es localizado, punzante, irradiado siguiendo los trayectos nerviosos. Visceral, producido por excitación anormal de nocioceptores viscerales. Se caracteriza por ser difuso, continuo y profundo. Puede irradiarse a zonas alejadas del cuerpo. Según su curso se divide en continuo, si persistente a lo largo del día y no desaparece. Irruptivo, cuando la exacerbación transitoria del dolor en pacientes bien controlados con dolor de fondo estable. El dolor incidental es un subtipo del dolor irruptivo inducido por el movimiento o alguna acción voluntaria del paciente. Por último, según su intensidad se clasifica en leve, donde puede realizar actividades habituales. Moderado si interfiere con las actividades habituales. Precisa tratamiento con opioides menores. O

severo cuando interfiere con el descanso, necesitando opioides mayores (Puebla Díaz,2005).

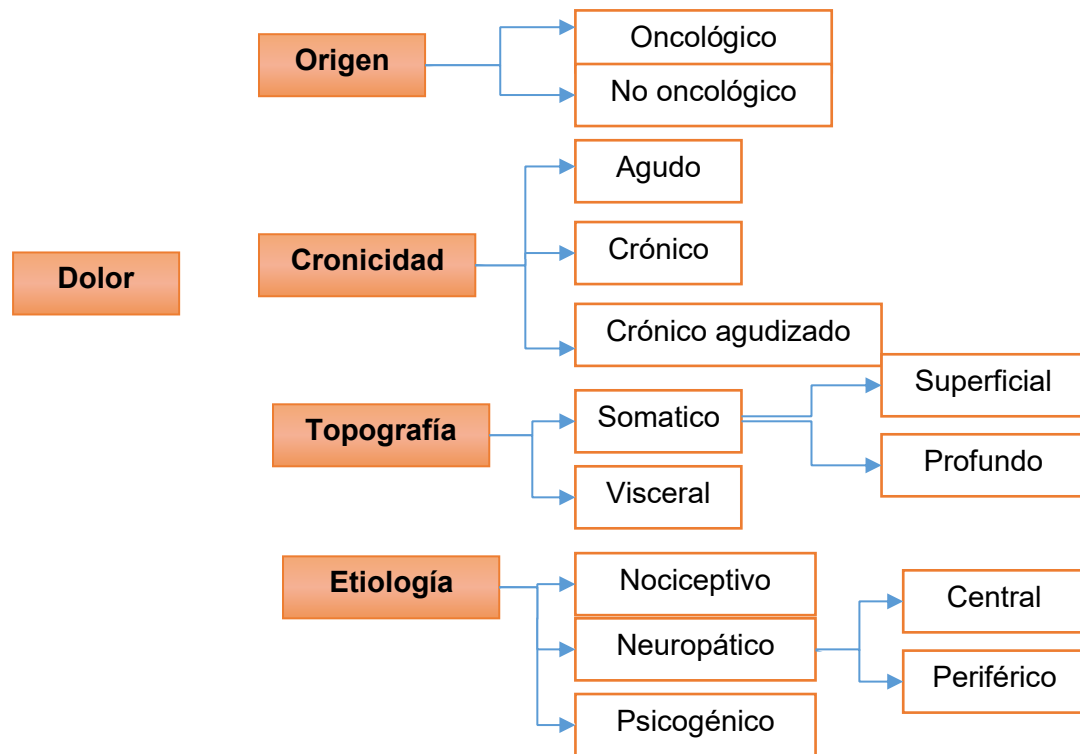


Gráfico 1: Tipología del dolor según Allende y Verástegui (2014).

La evaluación del dolor es de suma importancia y requiere protocolos, habilidad para la escucha y gran ojo clínico. Para ello contar con experiencia en el tema es un factor de gran valor para una adecuada valoración.

Los objetivos de la evaluación son estimar la intensidad del dolor y su impacto psicosocial, formular una presunción respecto a su causa, determinar la necesidad de estudios complementarios específicos, indicar un tratamiento terapéutico. Y los aspectos importantes al momento de realizar la historia del dolor, precisar las expectativas del paciente con respecto al dolor y el tratamiento, promover una buena relación con el paciente, durante la entrevista utilizar al comienzo preguntas abiertas, términos entendibles y evitar postura paternalista, la observación del paciente es importante ya que puede expresar indicios claves en cuanto al dolor y también se debe evitar realizar conclusiones precipitadas (Allende y Verástegui, 2014).

El interrogatorio es el instrumento más importante para evaluar el dolor, los autores nombrados anteriormente dividen la valoración del dolor en 2 áreas a explorar: el dolor y el paciente. Para sistematizar la anamnesis del dolor, se utiliza un orden: antigüedad, localización, irradiación, carácter, intensidad, atenuación o agravación.

El otro punto es el paciente, en el cual deben explorarse la presencia de ansiedad, depresión, aislamiento social y falta de actividad. Ya que pueden disminuir los umbrales del dolor. También se realiza el examen físico para caracterizar su dolor. Y se complementa con los estudios diagnósticos. El profesional cuenta con escalas para evaluar al dolor, tanto en intensidad como otros dominios y la respuesta al tratamiento. Estas escalas poseen como ventajas su fácil comprensión, su simplicidad y uso amplio en la práctica. Se dividen en unidimensionales, utilizadas para dolor agudo y miden la intensidad. Entre ellas se encuentran la *Escala verbal analógica*, es una escala descriptiva, sencilla y de fácil aplicación para cualquier tipo de dolor. Es de utilidad también para pacientes ancianos, pacientes con deterioro cognitivo. Se basa en interrogar al paciente, en reposo, sobre la frase que describe la intensidad, ningún dolor, dolor leve, dolor moderado, dolor intenso, dolor insoportable. La *Escala visual análoga (EVA)*: es una línea horizontal de 100 mm de longitud, en cuyos extremos se ubican “sin dolor” y “peor dolor imaginable”. Se solicita al paciente que marque en la línea, según esté percibiendo su nivel de dolor. Otra escala es la *numérica*, la cual es similar a la EVA, consiste en once puntos que van del 0 al 10, donde 0 es “sin dolor” y 10 el “máximo dolor”. Requiere la capacidad del paciente de traducir la intensidad de su dolor a un número. Es la preferida ya que es fácil de entender y completar por los pacientes; ha sido validada y puede utilizarse de forma confiable con analfabetos, con ancianos sin deterioro cognitivo y con niños mayores de 8 años. Su desventaja es menos sensible para medir pequeños cambios en la intensidad y es menos confiable con deterioro cognitivo, visual o auditivo. La *Escala facial*: conformada por 6 expresiones faciales que representan distintas intensidades de dolor. Cada expresión está acompañada por un valor numérico del 0 al 10.

Las multidimensionales corresponden al dolor crónico, miden su intensidad y dimensiones sensitivas, afectivas y funcionales. Entre ellas se encuentra, el *Cuestionario de McGill*, compuesto por 102 términos que describen el dolor, los cuales se dividen en 4 grupos y 20 subgrupos. El primer grupo evalúa el dolor, el segundo aspectos

emocionales, el tercero aspecto cognitivo y la intensidad del dolor y el 4 aspecto que engloban los grupos anteriores. El paciente elige las palabras que reflejan su sentir, la cual se registra en un valor numérico. Esta escala brinda una evolución multidimensional cualitativa y cuantitativa del dolor. El *Test de Lattinen*, estima la intensidad y frecuencia del dolor, la analgesia, capacidad funcional del paciente y horas de sueño. Su aplicación es rápida y sencilla de comprender. El *Cuestionario breve del dolor* que evalúa información de las características, intensidad y localización del dolor. Utiliza una escala numérica del 0 al 10, para puntuar la influencia del dolor en el estado de ánimo, marcha, relaciones interpersonales, trabajo y sueño. La *Tarjeta de evaluación del dolor del memorial*: elaborada para pacientes oncológicos, conformada por 3 escalas visuales analógicas para valorar la intensidad, alivio del dolor y estado de ánimo. Más una escala verbal, su aplicación es rápida y sus resultados se correlacionan con otras escalas multidimensionales. La *Evaluación de los signos y síntomas del dolor neuropático de Leeds*: conformada por 7 elementos que conciernen a 5 preguntas dirigidas al médico acerca de síntomas y 2 maniobras de exploración. Posee una especificidad de 80% y sensibilidad 85%. Y por último el *Cuestionario DN4*: basada en 7 elementos relacionados con 3 elementos de evolución. Su sensibilidad es del 83% y su especificidad del 90% (Ibídem)

El dolor es uno de los síntomas más frecuentes en los pacientes que necesitan cuidados paliativos. Para tratarlo se utiliza la escalera analgésica de la OMS, presentada en 1986 y se convirtió en una guía, para que los médicos realicen un manejo adecuado del dolor en pacientes con cáncer. Consta de 3 escalones, de forma ascendente, se comienza con el primero. El cual corresponde al dolor leve, donde se utiliza no opioides más coadyuvantes. El segundo escalón pertenece al dolor moderado, habilitando el uso de opioides débiles, no opioides y coadyuvantes. En el tercer escalón, el dolor es severo y se aplican opioides fuertes, no opioides y coadyuvantes. En la actualidad es una referencia para el tratamiento del dolor agudo, crónico no canceroso y crónico canceroso. Propone que “nunca deben utilizarse dos medicamentos de la misma categoría simultáneamente, La escalera analgésica también incluye la posibilidad de agregar tratamientos adyuvantes para el manejo del dolor o síntomas asociados con el cáncer” (p. 234).

Los analgésicos utilizados se dividen en 3 grupos, analgésicos no opioides que incluyen los analgésicos no esteroides (AINES), son los más indicados y utilizados por la comunidad. Al no requerir receta para su venta, contribuye a la automedicación, abuso y aparición de efectos secundarios, en general a nivel de aparato digestivo. Sus componentes tienen propiedades antiinflamatorias, analgésicas y antipiréticas.

Actúan inhibiendo la transformación de ácido araquidónico en prostaglandinas mediante la inhibición de las enzimas ciclooxigenasa (COX). La inhibición de estas enzimas afecta a funciones fisiológicas gastrointestinales, cardiovasculares y renales, de forma que los mismos mecanismos de acción responsables de los efectos beneficiosos también generan diferentes riesgos. Existen dos isoformas principales de COX: la COX1, presente en la mayoría de los tejidos, mucosa gástrica y plaquetas y, la COX2, inducida en tejidos como el endotelio vascular o las articulaciones durante la inflamación. La analgesia se debe principalmente a la inhibición de la COX2, pero esta inhibición conlleva riesgos cardiovasculares dado que la COX2 genera prostaglandina I₂ (PGI₂) con actividad cardioprotectora de vasodilatación y antiagregación. Por otra parte, la COX1 genera tromboxanos, con carácter agregante plaquetario y vasoconstrictor¹⁰. La inhibición de la COX1 se asocia a disminución de la agregación plaquetaria y a mayor toxicidad gastrointestinal. (Aranguren Ruiz, Elizondo Rivas, Azparren Andira, 2016, p.4).

Como antiinflamatorios son eficaces al reducir la síntesis de prostaglandina y mediadores inflamatorios como la bradisinina. En su uso como analgésico son eficaces para el dolor leve a moderado, por ejemplo, se los indica para artritis, bursitis, dolores de origen muscular y vascular, odontología, dismenorrea y dolor por metástasis óseas. Su combinación con opioides disminuye el dolor postoperatorio. Su efecto antipirético reside en la inhibición de la síntesis de prostaglandinas en el hipotálamo. Es importante no utilizarlo de manera prolongada, el tiempo no debe superar las 3 semanas en pacientes de uso crónico, debiendo rotar para evitar el impacto en el órgano blanco. Los principales efectos adversos son divididos según el sistema que afectan. Gastrointestinales, anorexia, náuseas, dolor abdominal, úlceras gástricas. Renales, retención de sodio y agua, edema. Sistema Nervioso, cefalalgia, vértigo, mareos, depresión. Hematológicos, inhibición de la activación de plaquetas y la consiguiente

propensión a hematomas junto con el riesgo de hemorragias. Hipersensibilidad, rinitis vasomotora, asma, urticaria, hipotensión.

Los opioides débiles y fuertes, constituyen la piedra angular del tratamiento del dolor por cáncer y dan pauta de la eficiencia en el control del dolor. En su utilización se debe evaluar riesgo/beneficio, amenaza de abuso por parte del paciente y su adherencia al tratamiento. Se clasifican por su origen en naturales, semisintéticos y sintéticos; por su potencia débiles y potentes y en términos farmacológicos en agonistas puros, agonistas parciales, agonistas antagonistas y antagonistas y antagonistas. La clasificación descrita por los autores es la división entre débiles y potentes. Los opioides débiles son codeína, hidrocodona, dextropropoxifeno, oxidocodona, tramadol, buprenorfina y nalfubina. Los fuertes, morfina, heroína, metadona, meperidina, hidromorfona, oximorfona. levorfanol, fentanil, sufentanil y alfentanil.

Los lineamientos de la escalera analgésica, en función a la escala EVA indican: cuando la valoración del dolor puntué de 4-7 se comienza el uso de opioides débiles; cuando aumenta de 7 a 10 se cambia a opioide fuerte.

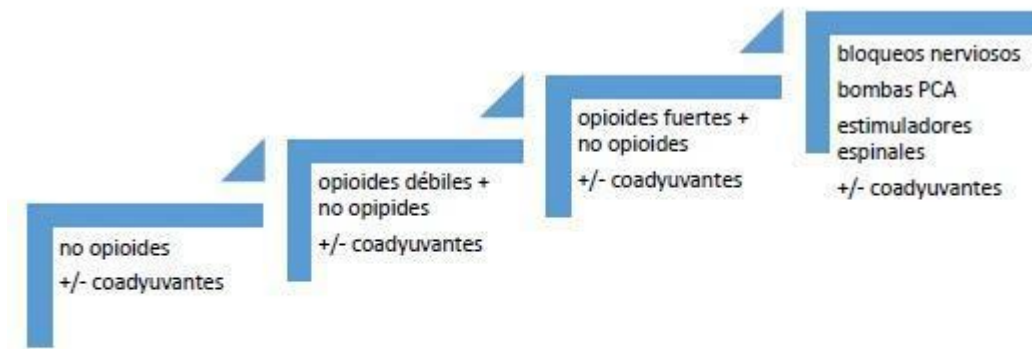
Los adyuvantes de la analgesia (ver Tabla 1), su función primaria no es la analgesia, sino colaboran potenciando la analgesia, disminuir el dolor neuropático y controlar la ansiedad, insomnio y depresión. También contribuyen a mejorar los efectos secundarios de los opioides como náuseas, vómitos, constipación, delirium.

Familia farmacológica	Adyuvante	Acción
Antihistamínico	Clorfentamina Hidroxizina	Incrementa la analgesia opioide Produce sedación
Anticonvulsionante	Fenitoina, carbamacepina, ácidovalproico,gabapentina	Estabiliza la membrana neuronal Modula el dolor neuropático
Antidepresivo	Imipramina,amitriptilina	Facilita el sueño Disminuye la percepción del dolor Efecto antidepresivo
Esteroide	Dexametosa, prednisona, Betametosan,metilprednisolona	Efecto antiinflamatorio en dolor ósea Modula el dolor neuropático Disminuye la presión intracraneana

Psicoestimulante	Metilfenidato,caféina	Potencializa la analgesia Disminuye la sedación
Antipsicótico	Haloperidol, flutenaina	Efecto antiemético Induce el sueño Alivia la ansiedad

Tabla 1: Los adyuvantes más utilizados (Allende y Verástegui, 2014).

La escalera analgésica ha sido adaptada para el dolor agudo, crónico y dolor canceroso, en la cual se integra 4 escalones. Incluyendo procesos neuroquirúrgicos en el 4to escalón (ver Gráfico 2).



Escalera analgésica de la OMS, nueva adaptación

Gráfico 2: Escalera analgésica de la OMS adaptada (Rucoba Moctezuma, 2022).

Junto a la escalera, la OMS adjunta 5 recomendaciones para la correcta utilización de los analgésicos. La primera trata sobre la elección de la vía de administración oral por sobre el resto, siempre que sea posible. En los pacientes paliativos se seleccionará la vía que mejor le convenga a él. La segunda recomendación es que los analgésicos se administrarán a intervalos regulares. Es decir, se debe respetar la duración de la eficacia y prescribir dosis que se tomarán a intervalos definidos, emparejados al nivel de dolor del paciente. En tercer lugar, la prescripción de los analgésicos se realiza en base a la evaluación del dolor, mediante una escala. Aplicada en el paciente, evitar medicar de acuerdo a la percepción del profesional de

salud, siempre creerle al paciente si refiere dolor. En cuarto lugar, se sugiere la individualización de la dosis analgésica, ya que la respuesta de cada paciente difiere. Balanceando la dosificación entre los efectos analgésicos y secundarios. La última recomendación sugiere como regla crucial, una regularidad de la administración analgésica. Ofreciendo al paciente el esquema de medicación por escrito, para que tanto el paciente, familia y equipo de salud tengan la información precisa.

A parte de las medidas farmacológicas, también se proporcionan medidas no farmacológicas para tratar el dolor. Entre estas se encuentra la terapia intervencionista e invasiva, son procedimientos que apuntan a aliviar el dolor. Por ejemplo, la inyección de la toxina botulínica en áreas musculares espásticas, bloqueo de la cadena simpática, nervios craneales, raíces nerviosas periféricas, entre otras.

Es importante que las terapias psicológicas estén presentes en el tratamiento paliativo, ya que factores psicológicos como la depresión inciden sobre la percepción del dolor. Las cognitivo-conductuales tienen buenos resultados en pacientes adultos mayores con dolor crónico. La terapia de orientación, guía, contiene y apoya al paciente tanto como a su familia frente al tratamiento del dolor por cáncer y en el final de la vida.

Las terapias físicas apuntan al alivio del dolor, como los masajes reducen el espasmo muscular; la aplicación local de frío/calor colabora en condiciones de inflamación aguda; la estimulación nerviosa transcutánea eléctrica es recomendada para enfermedades neoplásicas y por último la actividad física regular mejora la capacidad funcional. (Ibídem)

Con respecto a la relación establecida entre el dolor y el sexo, numerosos autores afirman que la mujer refiere mayor intensidad del dolor en comparación con los hombres. Debido a factores anatómicos, fisiológicos, neurales, hormonales, psicológicos y socioculturales (Monsiváis, Niño y Guzmán 2017).

Lombanda y Vidal (2012) exponen los aspectos hormonales, las mujeres durante la menstruación el umbral de dolor es más bajo. Cuando presentan niveles bajos de progesterona y altos de estradiol no existen diferencias entre los umbrales con el hombre. Se encontró una relación directamente proporcional entre el umbral del dolor y nivel de estradiol en la mujer. Esto se debe a que altos niveles de estrógeno, incrementa la

cantidad de receptores opioides, activando estados de analgesia. En los aspectos anatómicos, el cerebro presenta diferencias a nivel estructural en distintos componentes de la corteza cerebral. Donde la densidad neuronal es mayor en hombres que en mujeres, pero presentan similar grosor cortical. Sin embargo, la mujer posee más procesos neuronales, que se estimulan al realizar múltiples acciones. Las mujeres también presentan una mayor activación de la corteza frontal contralateral, ínsula contralateral y tálamo, demostrando una dualidad en la reacción al dolor. La influencia de la edad en el dolor es tratada por los mismos autores, nombrados anteriormente. Plantean que el incremento de la edad está asociado a una disminución en el umbral del dolor y una activación más fácil. Otro punto relacionado al aumento de la edad es que a su vez la diferencia entre hombres y mujeres disminuye con respecto al dolor. Soriano y Monselev (2017) presentan las estrategias de afrontamiento ante el dolor relacionadas con la edad. Utilizando el enfoque de las neurociencias, donde se produce una mayor influencia del cerebro emocional en la adolescencia. Que se modifica con la maduración, correlacionada con mayor dominancia del córtex prefrontal. Lo cual se traduce en toma de decisiones y autorregulación. Correspondiendo a un aumento de las estrategias de afrontamiento adaptativas en el período temprano de la adultez.

Los autores Cruz et al (2012) en su libro *Enfermería en cuidados paliativos y al final de la vida*, definen a la ansiedad como “una respuesta que engloba: aspectos subjetivos o cognitivos de carácter displacentero, aspectos corporales o fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del sistema periférico, y aspectos observables o motores que suelen implicar comportamientos pocos ajustados y escasamente adaptativos” (p.205). Es una característica que surge frecuentemente en situaciones paliativas. Sus causas pueden ser, complicaciones de la enfermedad, pensamientos sobre la cercanía de la muerte, problemas familiares, económicos o cuestiones existenciales. También está presente el temor a la soledad, al sufrimiento, a perder la vida. En general se diferencia entre ansiedad y miedo a la muerte, pero en otras ocasiones van asociados y se alimentan mutuamente.

Para su valoración, los autores nombran a la escala de Hamilton o la escala de ansiedad y depresión Goldberg. Y destacan el registro minucioso de datos tanto objetivos como subjetivos, prestando atención a la presencia de pesadillas, sueños desagradables. Consultar al paciente si siente miedo de dormir y no despertar, el nivel

de ansiedad aumenta notoriamente al atardecer, disminuyendo con la presencia de la luz solar. Otros puntos a prestar atención son las quejas desmesuradas, cuando el paciente demanda un control constante, extendiéndose esta demanda al equipo asistencial. La inestabilidad emocional, ya que el paciente trata de afrontar su situación, pero es posible que esta, lo supere. Las alteraciones en el estado anímico, es decir la presencia de euforia irreal pasando a la tristeza extrema, pueden anticipar síntomas aun desapercibidos. La exacerbación de síntomas físicos, como dolor, náuseas, agitación, insomnio o delirio.

Dentro del tratamiento, todas las intervenciones apuntan a que el paciente desarrolle un mejor afrontamiento de la enfermedad y crear respuestas adaptativas en todos los participantes del contexto del paciente, familia, cuidador principal y equipo de salud. Se utilizan medidas no farmacológicas como, valorar e identificar las causas que detonan el estado de ansiedad, promover una relación empática en la cual el paciente sienta calidez y amabilidad, facilitar la expresión de los sentimientos, prestando atención a las necesidades espirituales, técnicas de comunicación para clarificar y planificar estrategias para llegar a un adecuado afrontamiento, comunicación continua acerca de su proceso, promover la integración de la familia en los cuidados y manejo del tiempo para que disminuya el aislamiento y aburrimiento. Por último, se destaca la enseñanza de técnicas de afrontamiento como la respiración profunda, relajación muscular progresiva de Jacobson, distracción, las terapias complementarias pueden ayudar a modular la respuesta.

Asimismo, también se cuenta con las medidas farmacológicas, los fármacos más utilizados son, las Benzodiacepinas, colaboran en restablecer el sueño generando un efecto hipnótico y disminuyen el sufrimiento que resulta de la "falta de control". En este grupo se encuentra al Diazepam, Lorazepam, Midazolam y Alprazolam. El segundo y tercero se emplean para una acción rápida o de urgencia, siendo el último utilizado en ataques de pánico. Los antidepresivos, que inhiben la recaptación selectiva de serotonina, siendo útiles para la prevención de los ataques de pánico, por ejemplo, la paroxetina y sertralina. El Propanolol, es un betabloqueante, que controla el temblor o palpitations y los Neurolépticos como el haloperidol que trata estados complejos de ansiedad con delirium, depresión o psicosis.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Este proyecto toma un abordaje cuantitativo, cuasi experimental, pre y post prueba con un solo grupo, longitudinal y prospectivo.

Su abordaje es cuantitativo porque se plantea un problema de estudio concreto, se establecen hipótesis y determinan variables. Se traza un plan para probarlas, se miden las variables en un determinado contexto, se analizan las mediciones a través de métodos estadísticos y se extraen conclusiones (Sampieri, 2014).

Es cuasi experimental ya que se manipula deliberadamente la variable independiente, tipo de tratamiento, para estudiar su efecto y relación sobre las variables dependientes, valoración del dolor y nivel de ansiedad. No se utiliza grupo control y se toma la población tal cual se presenta. (los sujetos no se asignan al azar, dicho grupo ya está conformado antes del experimento). Este tipo de estudio permite realizar una medición previa a la intervención y otra posterior a esta (intervención con TAA) (Sampieri, 2014).

Según la cantidad de mediciones de las variables, este estudio es longitudinal, ya que se realizarán las mediciones de las variables valoración del dolor y nivel de ansiedad, en dos oportunidades (Canales-Alvarado-Pineda, 1994).

Es prospectivo, porque se registrarán los datos a medida que vayan ocurriendo. Es decir, en el momento anterior a la sesión con TAA, se aplicarán las escalas para evaluar el dolor y el nivel de ansiedad. Posteriormente a esta, nuevamente se registrarán los datos con el mismo procedimiento (Canales-Alvarado-Pineda, 1994).

Sitio y contexto

Para la selección del sitio, se decidió aplicar una guía de la convalidación de sitio correspondiendo al primer control de validez interna (Anexo I). En dos efectores municipales, del 2do nivel de atención, que brindan servicio de cuidados paliativos. Designándose efector 1, el que se encuentra ubicado en la zona norte y efector 2 situado en zona céntrica de Rosario

Luego de obtener la información de la guía de convalidación de sitio (Anexo 3) se observa, que el efector 1, no cumple con los requisitos de elegibilidad, ya que su población, debido al contexto de pandemia ha cambiado y la admisión de los pacientes es menor.

La institución elegida para la realización del estudio es el efector 2, el cual funciona como un gran equipo matricial de apoyo que apunta a resolver problemas con cierto grado de especialización y tecnología, actuando como bisagra articuladora entre los centros de primer nivel y los hospitales de mayor complejidad.

Consta de 20 mil metros cuadrados, los cuales son recorridos a diario por cientos de rosarinos y rosarinas referenciados desde los casi 60 centros de salud municipales. Durante el pasado año, dio respuesta a casi 155 mil consultas en sus 36 especialidades.

Cuenta con numerosas especialidades como: consultorios externos de distintas especialidades como cardiología, neumonología, ginecología, dermatología, neurología, odontología y oftalmología. También consultorios de prácticas ambulatorias (espirometría, ergometría, electroencefalografía). Rehabilitación, fisioterapia y kinesiología articuladas con los servicios existentes en otros efectores. Hospital de Día de oncología, en el Servicio de Oncología Clínica de la red de salud, donde se asisten los pacientes enfermos de cáncer en forma integral, a través de sus áreas de quimioterapia, cirugía oncológica, cuidados paliativos y tratamiento del dolor; articulando el proyecto de atención entre los distintos niveles de complejidad. Desde su Unidad de Fluidos Endovenosos se fraccionan las drogas complejas en su dosis exacta paciente por paciente, que son distribuidas en la red de salud donde y cuando el paciente niño o adulto la necesita.

Laboratorio bioquímico público (considerado el más importante del país) y área de diagnóstico por imágenes, en ambos casos con equipamientos de última tecnología.

Cirugía Ambulatoria: fue el primer servicio de este tipo en Rosario impulsado desde la Salud Pública Municipal, constituyéndose como un conjunto de procedimientos quirúrgicos que se pueden realizar con distintos tipos de anestésicos, en pacientes con patologías controlables de manera ambulatoria y que requieren

cuidados postoperatorios poco intensivos y de corta duración, lo que permite que los pacientes sean dados de alta en el mismo día de la intervención.

Cuenta con cuatro quirófanos de diversa complejidad equipados con todo lo necesario para resolver aquellas patologías quirúrgicas que no requieren internación. Dicha modalidad de trabajo genera un beneficio para todo el entorno familiar ya que se favorece una pronta reinserción social, mejora la calidad de atención del paciente, además de disminuir el costo económico.

El equipo de profesionales en cuidados paliativos cuenta con una Jefa médica, con médicos a cargo, un enfermero, una trabajadora social y una psicóloga. Este equipo se dirige a los distintos efectores de la red municipal atendiendo los casos que se presentan. Entrevistan al paciente y familia, se ocupan del dolor, salud mental. Atendiendo a pacientes internados y ambulatorios.

Su filosofía es retrasar el mayor tiempo posible la internación, atendiendo al paciente, familia, interviniendo en su salud mental y en el manejo del dolor.

El consultorio donde se controlan a los pacientes se ubica en el primer piso, estas visitas se programan con turnos y también puede ser espontánea dependiendo del cuadro el paciente. El horario es de 7 a 13, está a cargo de 2 médicas y la duración varía entre 20 minutos, 1 o 2 horas. También se realizan consultas domiciliarias.

Los criterios de elegibilidad del sitio que se tuvieron en cuenta fueron los siguientes: la especialización en cuidados paliativos: Hospital público destinado a la atención de pacientes en fase terminal y que requieran tratamiento paliativo. Este efector recibe a los pacientes referenciados de los distintos centros de salud de la red municipal. Otro criterio fue su ubicación dentro del área que se desea estudiar: ciudad de Rosario. Y la facilidad de contacto con los entrevistados junto con la accesibilidad, gracias a la Jefa de Oncología la cual facilitó realizar la convalidación de sitio. Sin olvidar el último criterio de elegibilidad, el interés concreto de la participación de los pacientes entrevistados. La elección del efector se fundamenta en el Anexo III.

Población y muestra

La población a estudiar son los pacientes que reciben tratamiento en C.P. en el efector 2. Debido a problemas en el departamento de estadística, no se pudo obtener datos sobre la cantidad de pacientes que reciben este tratamiento, se decide realizar un muestreo no probabilístico accidental, ya que se tomará los pacientes disponibles en un momento dado.

Las unidades de análisis, serán cada uno de los pacientes que reciben tratamiento en cuidados paliativos, durante el primer semestre del 2022. Estos pacientes sufren de una enfermedad avanzada progresiva e incurable. También demuestran una falta de respuesta al tratamiento específico y su pronóstico de vida inferior a 6 meses. Se excluirán a pacientes que hayan recibido recientemente su diagnóstico terminal, con riesgo de infección y/o reacciones adversas como las siguientes: Trasplante de médula ósea, sometidos a esplenectomía recientemente, cirugía o procedimiento invasivo, presencia de neutropenia severa, curse infecciones o aislamiento, posea deterioro cognitivo, presencia de alergia al animal, fobia, desprecio al animal o creencias religiosas o culturales que consideren el contacto con el animal rechazable.

Validez externa: Los resultados no podrán generalizarse, ya que para ello se debería investigar en todos los pacientes que reciben cuidados paliativos en los distintos efectores de la ciudad de Rosario. Sólo es posible generalizar los resultados, en los pacientes que pertenecen a la población en estudio durante el primer semestre del 2022

Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

Operacionalización de las variables.

TIPO DE TRATAMIENTO TERAPÉUTICO: variable independiente, cualitativa, simple. Nivel de medición: nominal

Definición operacional: se refiere a la implementación del tratamiento tradicional para cuidados paliativos o del tratamiento con TAA para cuidados paliativos.

Indicadores

- Tratamiento tradicional
- Tratamiento con TAA

VALORACIÓN DEL DOLOR: variable dependiente, cualitativa, compleja. Nivel de medición: ordinal.

Definición conceptual: es una experiencia sensorial y emocional desagradable, generalmente asociada a un daño tisular real o potencial, o descrita en términos de tal daño, cuya presencia se manifiesta por alguna forma de conducta observable, visible o audible.

Dimensión 1: Signos vitales.

Indicadores:

- Presión arterial
- Frecuencia cardíaca
- Frecuencia respiratoria

Dimensión 2: Conducta/Estado emocional

Indicadores:

- Musculatura facial: relajada, en tensión, ceño fruncido o Ceño fruncido y dientes apretados
- Tono muscular: relajado, flexión de miembros superiores e inferiores o rígido
- Respuesta verbal: normal, quejidos ocasionales o quejidos frecuentes
- Confortabilidad: tranquilo, se tranquiliza cuando le hablan, fácil de distraer o difícil de confortar hablándole

Dimensión 3: Intensidad

Indicadores:

- sin dolor

- dolor moderado
- dolor máximo

Dimensión 4: medicación analgésica

Indicadores:

- Tipo de medicación: no opioide, opioide débil y opioide fuerte
- Dosis en 24h: disminución de la dosis basal, dosis basal y aumento de la dosis basal

NIVEL DE ANSIEDAD: variable dependiente, cualitativa, compleja. Nivel de medición: ordinal

Definición conceptual: es una respuesta emocional o conjunto de respuestas que engloban, aspectos subjetivos o cognitivos de carácter displacentero y aspectos corporales o fisiológicos.

Dimensión 1: Ansiedad psíquica.

Indicadores:

- Variaciones del humor.
- Tensión corporal.
- Miedo.
- Depresión.
- Insomnio.
- Funciones intelectuales.
- Comportamiento durante la entrevista.

Dimensión 2: Ansiedad somática.

Indicadores:

- Síntomas musculares.
- Síntomas sensoriales.

- Síntomas cardiovasculares.
- Síntomas respiratorios.
- Síntomas gastrointestinales.
- Síntomas genitourinarios.
- Síntomas del SN autónomo.

EDAD: independiente, cuantitativa, simple. Nivel de medición: razón

Definición operacional: tiempo que ha vivido una persona al día de realizar el estudio.

Indicador:

- edad que refiera el individuo

SEXO: independiente, cualitativa simple. Nivel de medición: nominal

Definición operacional: condición de un organismo que distingue entre masculino y femenino

Indicador:

- femenino
- masculino

La recolección de datos se realizará mediante las técnicas de entrevista y observación.

A través de la entrevista se recolecta mayor información, ya que sus ventajas residen en que, si existen malas interpretaciones en las preguntas, se pueden aclarar en el momento; si hay dudas en las respuestas, el investigador las puede corroborar inmediatamente; también puede utilizarse con personas analfabetas, con personas con dificultades para responder por escrito, brinda la posibilidad de percibir todas las facetas del fenómeno a investigar, al poder observar el lenguaje no verbal del entrevistado. En esta investigación la entrevista será estructuradas, sus ventajas son la facilidad que le ofrece al entrevistado al dar las respuestas. Simplifica el análisis comparativo, brinda uniformidad en la información recabada y no necesita que el entrevistador pase por un

gran entrenamiento. Como desventajas presenta, dificultad en obtener información confidencial, los datos obtenidos pueden resultar superficial y las preguntas al estar estructuradas no da a que el entrevistador realice preguntas que surjan de la dinámica formada en la interacción. Ya que si aparece un tema de interés no puede profundizarse. (Canales, H, Alvarado, Pineda B,1994)

En lo que respecta a la observación se aplicará la de tipo participante, ya que, para obtener los datos, la investigadora se incluye en el grupo para conseguir la información desde dentro. (Sampieri, R,2014) Sus ventajas son, en primer lugar, su campo de aplicación es muy amplio, es imposible obtener la información de otra manera, no se depende de terceros o de registros y la observación es de acontecimientos tal como ocurren. Sus desventajas son, la experiencia y habilidad para ver los fenómenos o la realidad tal cual se presenta, insume mayor tiempo que otras técnicas, la observación es selectiva es decir el ser humano ve lo que quiere ver, y mantener la objetividad debe ser consciente e intencionado. (Canales, H, Alvarado, Pineda B,1994)

Para la recolección de datos de la variable, **Valoración del dolor**, se utilizará una escala que mide el dolor posoperatorio en pacientes con intervenciones quirúrgicas electivas. Esta escala fue construida y validada por Menéndez, Díaz, Lazo, Pérez y Salazar en el Hospital Universitario Docente "Manuel Ascunce Domenech" (Camagüey, Cuba) de octubre de 2015 a enero de 2018. Los autores no asignaron un nombre específico a dicha escala.

El instrumento original está formado por 3 dimensiones y cada una cuenta con 3 indicadores. Se agrega una dimensión más denominada Medicación analgésica con 2 indicadores. El investigador tildará el indicador correspondiente Los autores recalcan como ventajas, que su aplicación no necesita de condiciones particulares y requiere un tiempo de 10 minutos. Por estas razones, consideran que se construyó un instrumento adecuado, útil y factible para aplicarlo por personal calificado. Su desventaja es la población a la cual se va a aplicar. Originalmente se construyó para la valoración del dolor posoperatorio en pacientes con intervenciones quirúrgicas electivas. En esta investigación se la modificó y se aplicará a pacientes en tratamiento paliativos, ya que engloba las dimensiones medidas en estudios antecedentes de terapia con animales.

Para medir el **Nivel de ansiedad** se utilizará la escala Hamilton, la cual es una escala heteroadministrada y evalúa la severidad de la ansiedad en forma global. Está compuesta por dos dimensiones y cada una consta de 7 ítems. Debe cumplimentarse a través de una entrevista, que no supere los 30 minutos. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando intensidad y frecuencia del mismo. Como instrucciones, se debe seleccionar para cada ítem la puntuación según su experiencia. Y macar en el casillero situado a la derecha la cifra elegida, puntuando todos los ítems. Este instrumento es útil para monitorizar las respuestas al tratamiento, pero el entrevistador debe estar familiarizado con los síntomas que denotan ansiedad y experiencia para diferenciar su intensidad.

Las ventajas de este cuestionario auto administrado son varias, entre las que se puede destacar la facilidad para presentar preguntas que requieren ayudas visuales, sus preguntas pueden utilizar largas categorías de respuesta, se utilizan baterías de preguntas similares, el que responde no requiere compartir sus respuestas con alguien, tiene altas tasas de cooperación, da al encuestador la oportunidad de explicar el estudio y de responder preguntas que surjan durante su resolución, no necesita de demasiado personal para la recolección de los datos, tiene un bajo costo, posee escalas fáciles de confeccionar, el encuestado no se encontrará cansado, ni desconcertado al ser de rápida respuesta. Éstos cuestionarios también tienen desventajas como ser: se necesita de un diseño cuidadoso del cuestionario, los que responden necesitan habilidades de lectura y escritura, el entrevistador no controla la calidad de las respuestas, los entrevistados tienden a estar de acuerdo con las afirmaciones presentadas.

Para recabar datos de las variables sexo y edad, se obtienen dentro del instrumento para valorar el dolor. Ambas escalas se encuentran en el Anexo II.

Los controles a los pacientes se realizan en el consultorio ubicado en el primer piso de la Institución, en el horario de 7 a 13 horas. Los controles al ser programados por turno, permitiría planificar las intervenciones. Los pacientes en la consulta, se los entrevista, revisa, ajusta la medicación y si es necesario derivan con la psicóloga.

La idea inicial, es que luego de ese control se realizaría la valoración del dolor y medición del nivel de ansiedad denominada pre test, posteriormente se desarrollaría la intervención con animales. y pasado 15 minutos, se realizaría la segunda medición de

las variables anteriormente mencionada. Esto se denomina posttest. Para evitar que la observación altere la conducta del paciente durante la sesión, se realizarán 3 sesiones, en la 3ra se recogerán los datos para la investigación. Ya que estará normalizada la presencia de la investigadora, colaboradores y el entrenador canino

Debido al acontecimiento de la pandemia por covid-19, los protocolos actualmente vigentes impiden la ejecución de la presente investigación. Se decide dejar en suspenso dicha investigación, hasta que las autoridades modifiquen los protocolos y autoricen la ejecución.

Durante el desarrollo de esta investigación se tendrán presente y respetarán los principios bioéticos.

Principio de beneficencia/no maleficencia: tiene como máxima no dañar, es decir que la población del estudio no debe exponerse a daños físicos ni psicológicos. Y los beneficios deben superar los efectos indeseados, respetando siempre la confidencialidad. Para ello se aplicarán los criterios de exclusión, se utilizarán para la sesión perros entrenados específicamente y junto a ellos su adiestrador especializado en estas intervenciones. También se corroborará que el animal cumpla con los estándares de salud, evitando zoonosis.

Principio de autonomía/respeto a la dignidad humana: se refiere al derecho del paciente a elegir participar del proyecto, decidiendo con información completa sin presiones del investigador. Expresando su voluntad a través del consentimiento informado.

Para la obtención del consentimiento, se organizará una entrevista con los pacientes seleccionados. Se les explicará en qué consiste la investigación. Ésta explicación debe ser de lenguaje fácil en la comprensión y asegurar que cada uno lo haya entendido. El paso siguiente es preguntarles si están dispuestos a formar parte de la investigación. Subrayando que toda la información recabada de su persona es confidencial, que tiene el derecho de negarse a participar, sin la obligación de expresar la razón. En caso de que acepten, se les explicará que deberán firmar este consentimiento. Dándoles tiempo para leerlo.

Principio de Justicia: incluye el derecho a un trato justo, preservar su identidad. Dentro de un grupo, todos los participantes deben recibir beneficios y cargas equitativamente. Prohíbe colocar un grupo de personas vulnerables para beneficio de otro. Este principio fue respetado ya que para la selección de los participantes se utilizaron los criterios de inclusión/exclusión, evitando situaciones de discriminación.

Personal a cargo de la recolección de datos

El personal a cargo de la recolección de datos será la autora del proyecto junto a de dos colaboradores voluntarios, estudiantes de 5to año de la Licenciatura en Enfermería UNR. El entrenamiento se realizará en dos encuentros, la semana previa a la recolección de datos, dos días consecutivos con una duración de dos horas. En la charla se presentará el instrumento de recolección de datos, unificando la forma en que será aplicado, y registrando datos que puedan contribuir a mejorar su recolección.

Plan de análisis

La técnica estadística que esta investigación toma será en un primer momento descriptiva. Para luego utilizar la Estadística Inferencial la cual permitirá someter a pruebas las hipótesis. Se solicitará la colaboración de un profesional estadístico.

Las variables tipo de tratamiento terapéutico, valoración del dolor y nivel de ansiedad cuyos datos, se presentarán en una tabla de doble entrada y se utilizará la técnica inferencial del análisis de correspondencia. Cabe aclarar las escalas de medición para cada una en el orden que fueron nombradas anteriormente. Para la primer variable se utilizará una escala nominal dicotómica, no numérica, para la segunda y tercer variable, una escala ordinal.

Para la variable edad la escala que se usará es la razón utilizando los datos tal cual fueron recogidos, se utilizará Estadística descriptiva y se analizará mediante las medidas de tendencia central (media, mediana y moda).

La variable sexo será tabulada como femenino-masculino, se implementará la escala nominal, se utilizará Estadística descriptiva mediante las pruebas estadísticas de distribución de frecuencias y porcentaje. Se representará a través de gráfico torta.

El tipo de análisis en relación a los objetivos específicos, en un principio será univariado, ya que se caracteriza el comportamiento de cada variable. Luego será bivariado porque se caracteriza la relación de dos variables, por ejemplo, se relaciona la valoración del dolor y el nivel de ansiedad, el tipo de tratamiento con la valoración del dolor y por otro lado con el nivel de ansiedad. Por último, el tipo de análisis vira a multivariado, ya que se describen relaciones entre varias variables, como valoración del dolor según sexo y tipo de tratamiento. También edad con nivel de ansiedad y tipo de tratamiento.

La variable independiente – cualitativa-simple, **TIPO DE TRATAMIENTO TERAPÉUTICO** está compuesta por 2 indicadores, que serán medidos por una escala nominal dicotómica, no numérica:

- Tratamiento tradicional
- Tratamiento con TAA

La variable dependiente-cualitativa-compleja, **VALORACIÓN DEL DOLOR**, está conformada por 4 dimensiones y 12 indicadores en total. Cada indicador se mide con una escala ordinal que va de 0 a 3, dando como resultado un valor mínimo de 0 y un máximo de 16.

La reconstrucción de cada dimensión se presenta de la siguiente manera,

-Dimensión signos vitales:

Dolor ausente: 0

Dolor moderado: 1

Dolor intenso: 2

-Dimensión conducta/estado emocional:

Dolor ausente: 0-1

Dolor leve: 2-4

Dolor moderado: 5-6

Dolor intenso: 7-8

-Dimensión intensidad del dolor

Dolor ausente a ligero: 0

Dolor moderado a fuerte: 1

Dolor terriblemente molesto: 2

-Dimensión medicación analgésica:

Dolor ausente a leve: 0-1

Dolor moderado: 2-3

Dolor intenso:4

Por lo tanto, la reconstrucción de la variable se presenta de la siguiente manera:

- 0-5 puntos: dolor ausente o ligero
- 6-11 puntos: dolor moderado a fuerte
- 12-16 puntos: dolor muy intenso

La variable dependiente-cualitativa-compleja, **NIVEL DE ANSIEDAD**, posee 2 dimensiones y cada una está compuesta por 7 indicadores. Estos se miden con una escala ordinal que va del 0 o Leve a 4 o muy incapacitante. La puntuación total es la suma de cada uno de los ítems, el rango va de 0 a 56 puntos.

La dimensión Ansiedad psíquica se reconstruye:

Ansiedad leve: 0-8

Ansiedad moderada: 9-18

Ansiedad severa: 19-28

La dimensión Ansiedad somática se reconstruye:

Ansiedad leve: 0-8

Ansiedad moderada: 9-18

Ansiedad severa: 19-28

Y por último la reconstrucción de la variable se presenta:

- 0 a 13 puntos: no hay ansiedad.
- 14 a 17 puntos: ansiedad leve.
- 18 a 24 puntos: ansiedad moderada.
- 25 a 30 puntos: ansiedad severa.

Cronograma de trabajo.

Actividad	Recolección de datos del Grupo	Tabulación de los datos	Análisis e interpretación de los Datos	Elaboración de la discusión	Elaboración de la conclusión	Redacción del informe final
Enero						
Febrero						
Marzo						
Abril						
Mayo						
Junio						
Julio						
Agosto						
Septiembre						
Octubre						
Noviembre						
Diciembre						

BIBLIOGRAFÍA

- Allende, S. y Verástegui, E. (2014). *El ABC en medicina paliativa*. México: Médica Panamericana.
- Aranguren Ruíz, I., Elizondo Rivas, G., Azparren Andira, A. (2016). Consideraciones de seguridad de los AINES. *Boletín de información farmacoterapéutica de Navarra*, 24(2), 1-13. http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/CFA8CDF9-77DA-47BD-8B0B-7C961EFF550B/358992/Bit_v24n2.pdf
- Balaguer-Sancho, J., Lluch-Canut, M.T., Puig-Llobet, M. y Moreno-Arroyo M.C. (2021). La Terapia Asistida con Animales. Un análisis de concepto. *Cultura de los Cuidados*, 25(60), 320-334. <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.60.22>
- Ballester-Menéndez, A., Fuentes-Díaz, Z., López Lazo, S., Puerto-Pérez, T. y Rodríguez-Salazar, O. (2018). Herramienta de evaluación del paciente con dolor posoperatorio. *Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación*, 17(2), 1-11. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-67182018000200004&lng=es&tlng=es
- Cavalli, C., Carballo, F., y Bentosela, M. (2020). Intervenciones Asistidas por Animales: alcances, desafíos y limitaciones. *Calidad De Vida Y Salud*, 13, 32-61. <http://revistacdvs.uflo.edu.ar/index.php/CdVUFLO/article/view/279>
- Chacón Herrera, C., Serradas Fonseca, M. (2018). Terapias Asistidas con Animales: Una Perspectiva de Protección Animal. *Instituto Internacional de Investigación y Desarrollo Tecnológico Educativo INDTEC, C.A.* <https://doi.org/10.29394/Scientific.issn.2542-2987.2018.3.9.14.275-296>
- D´arcy, Y. (2011). Las mascotas reconfortan y alivian el dolor. *Nursing*, 29(9), 48-79 <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-pdf-S0212538211703004>
- De Simone, G. y Tripodoro, V. (2004). Fundamentos de cuidados paliativos y control de síntomas. Manual para estudiantes de la Carrera de Medicina. Buenos Aires: Pallium Latinoamérica. <https://www.pallium.com.ar/wp-content/uploads/2019/10/FUNDAMENTOS-DE-CUIDADOS-PALIATIVOS-y-control-de-sintomas.pdf>
- Doménech, E., Enders-Slegers, M., Hernández-Pardo, D., Tau, M., Arcos, O., Ubach, F., Daés, E., Tintore, N. y Capdevila, S. (2017). *Intervenciones asistidas con perros en*

- pediatría. Ámbitos de intervención en el Hospital Sant Joan de Deu Barcelona.* Barcelona: Hospital Sant Joan de Déu. [https://www.purina.es/juntos-mejor/pdf/Informe PURINA castellano.pdf](https://www.purina.es/juntos-mejor/pdf/Informe_PURINA_castellano.pdf)
- Fernández-López, A. (2019). Terapia asistida con animales en pacientes con trastorno del espectro autista: Cuidados de enfermería. *Conocimiento Enfermero*, 2(05), 37-50. <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/67>
- García-Mauriño, P., Amado-Luz, L., Albert-Babot, M. y Lacasa-Saludas, F. y Álvarez-Segura, M. (2018). *Revista de Psicología: Universidad de Antioquía*, 9(2). 177-188. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6760575>
- Gutiérrez, G., Granados, D. y Piar, N. (2007). Interacciones humano-animal: características e implicaciones para el bienestar de los humanos. *Revista Colombiana de Psicología*, (16), 163-183. <https://www.redalyc.org/pdf/804/80401612.pdf>
- International Association of Human-Animal Interaction Organization. (2018). *Las definiciones de IAHAIO para las intervenciones a con animales y las directrices para el bienestar en las intervenciones de los animales involucrados en las intervenciones asistidas con animales.* IAHAIO WHITE PAPER. <https://iahaio.org/wp/wp-content/uploads/2019/06/iahaio-white-paper-spanish.pdf>
- Kanán-Cedeño, G. y Tena-Sánchez, P. (2017). Beneficios de la vinculación con animales de compañía en pacientes con cáncer de mama. *Quaderns digitals: Revista de Nuevas Tecnología y Sociedad*, (84), 113-123. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5859002>
- Laucirica, E. (s.f.). Terapia asistida con animales de compañía. *Zooterapia*, 12-19 <http://www.colvema.org/PDF/1219Terapia.pdf>
- Mijangos, A., Jiménez-Zuñiga, E., Pérez-Fonseca, M. y Hernández-Martínez, A. (2020). Calidad de la atención de enfermería del Donabedian enfoque en el dolor. *Science and Nursing*, 26(26), 1-14. <https://dx.doi.org/10.29393/ce26-19ccas40019>
- Ministerio de Ciencia e Innovación. (s.f). Banco de instrumentos y metodologías en Salud mental. España: Gobierno de España e Instituto de Salud Carlos III. <https://bi.cibersam.es/busqueda-de->

[instrumentos/ficha?Id=21#:~:text=Descripci%C3%B3n%20e%20interpretaci%C3%B3n%3A,monitorizar%20la%20respuesta%20al%20tratamiento](#)

- Oms-Selva, C., Rusiñol-Rodríguez, J., Gómez-Hijano, T. y Merchán-Baeza J.A. (2020). Terapia asistida con perros, intervención complementaria al tratamiento de personas con demencia: estudio cuasi-experimental. *Originales, Estudio e Investigaciones*, 17(2), 160-167. <https://www.revistatog.es/ojs/index.php/tog/article/view/86>
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *Cuidados Paliativos*. <https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos> [Visitado 20/10/2021]
- Pedrosa, S., Aguado, D., Canfrán, S., Torres, J., y Miró, J. (2017). La terapia asistida con perros en el tratamiento de las personas con dolor crónico: una revisión sistemática. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 24(1), 11-18. <https://dx.doi.org/10.20986/resed.2016.3461/2016>
- Pérez-Fuentes, J. (2020). Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 27(4), 232-233. <https://dx.doi.org/10.20986/resed.2020.3839/2020>
- Puebla-Díaz, F. (2005). Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico. *Oncología (Barcelona)*, 28(3), 33-37. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006&lng=es&tlng=es.
- Raile-Alligood, M. y Marriner-Tomey, A. (2011). *Modelos y teorías en Enfermería*. Barcelona: Elsevier.
- Sociedad Americana Contra El Cáncer. (s.f.). <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/atencion-paliativa/quien-debe-recibir-el-cuidado-paliativo.html> [Visitado 23/09/2021]
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos. *Guía de Cuidados Paliativos*. <https://www.secpal.com/guia-cuidados-paliativos-1> [Visitado 21/09/2021]
- Vicente, C. y González, L. (2017). Necesidades de cuidados paliativos en enfermos no oncológicos con enfermedad crónica avanzada: una revisión sistemática. *Medicina Paliativa*, 25(2), 66-82. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-paliativa-337-pdf-S1134248X17300538>

ANEXOS

ANEXO I

Guía de estudio de convalidación de los sitios

1. ¿La institución permite que se realice la investigación?
2. ¿La institución permitirá que se publiquen los resultados de la investigación?
3. ¿Se desarrolló en el hospital algún programa en donde hayan intervenido animales?
4. ¿Qué requisitos exigirá la institución para autorizar la entrada de los animales de terapia?
5. ¿La institución cuenta con instalaciones adecuadas para el desarrollo de las sesiones de TAA?
6. ¿Los profesionales pertenecientes al equipo de cuidados paliativos aceptarán la TAA?
7. ¿El personal de salud tiene conocimiento de la TAA y de su impacto?
8. ¿Cuáles son los rangos horarios más convenientes para realizar las sesiones de TAA? Teniendo en cuenta: cambio de turno de Enfermería, rondas médicas, administración de medicación analgésica y/o ansiolítica
9. ¿Cree que sería conveniente aplicar la TAA durante la internación o en las consultas ambulatorias?
10. ¿Cuál es el rango etario de los pacientes que reciben cuidados paliativos?
11. ¿Qué cantidad de hombres y mujeres reciben cuidados paliativos?
12. ¿Los pacientes que reciben cuidados paliativos se encuentran en una misma sala o unidad?
13. ¿Cuántos pacientes reciben este tratamiento a lo largo de un semestre? ¿La institución posee un servicio funcional de estadística?

14. ¿Existe un psicólogo cercano al lugar donde se realiza la prueba piloto, para contener al paciente si luego de la entrevista surge algún episodio emocional?

ANEXO II

Consentimiento informado:

Este documento se dirige a los pacientes que reciben cuidados paliativos, atendidos en un Hospital municipal de la ciudad de Rosario y que se les invita a participar en la investigación X. Mi nombre es Sabrina Jéssica Ventura, estudiante de la asignatura Tesina de la carrera Lic. En enfermería de la Universidad Nacional de Rosario. Mi proyecto de investigación trata de determinar la relación que existe entre los tipos de tratamiento y la valoración del dolor junto al nivel de ansiedad de los pacientes que reciben cuidados paliativos. Voy a proporcionarle información e invitarlo a participar de ésta investigación.

No es necesario que decida en este momento participar, y tiene derecho de negarse sin explicar el motivo. Antes de decidirse, puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación. Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, me va diciendo según le informo para darme tiempo a explicarle. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntarme a mí o a miembros del equipo a cargo de la recolección de datos que podrán darle las respuestas correctas.

Propósito

Esta investigación incluirá en un primer momento la utilización de unos cuestionarios, toma de signos vitales. Luego va a interactuar con el animal, ya sea jugando, acicalando, ofrecerle comida. El animal estará acompañado por su adiestrador, especialista en estas intervenciones. Y finalmente se repetirá el primer paso.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que reciba en este hospital y nada cambiará.

Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

No se compartirá la identidad de aquellos que participen en la investigación. La información que recojamos por este proyecto de investigación se mantendrá confidencial.

El conocimiento que obtengamos por realizar esta investigación se compartirá con usted antes de que se haga disponible al público, en caso de que usted así lo desee. Después se publicarán los resultados para que otras personas interesadas puedan aprender de nuestra investigación. Su tratamiento en este hospital no será afectado en ninguna forma.

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar a Ventura Sabrina: sajeve793@gmail.com

FIRMA:

ACLARACIÓN:

DNI:

Instrumentos para recolección de datos

Entrevistas

-Primera entrevista, se presentará la investigadora y colaboradores, se explicará en qué consistirá la investigación. También se entregará el consentimiento informado, y el siguiente paso es la explicación del mismo. Se preguntará sobre si tiene alergias, fobias, aversión al perro de terapia y posteriormente se corroborará con la historia clínica

-Segunda entrevista, se recibe el consentimiento informado y se consulta si existe alguna duda. Se realizará la sesión con el perro, pero no se tomarán en cuenta ya que la presencia de la investigadora o colaboradores y el entrenador influyen en la conducta del paciente.

-Tercera entrevista, se realiza la sesión con el perro y esta vez los datos que se registrarán son tenidos en cuenta. Ya que el paciente normalizará la presencia del equipo investigador.

Escala para evaluar el dolor (Instrumento original)

I. Musculatura facial

- Relajada: 0 punto
- En tensión, ceño fruncido: 1 punto
- Ceño fruncido y dientes apretados: 2 puntos

II. Tono muscular

- Relajado: 0 punto
- Aumentado. Flexión de miembros superiores y/o inferiores: 1 punto
- Rígido: 2 puntos

III. Respuesta verbal

- Normal: 0 punto
- Quejidos ocasionales: 1 punto

- Quejidos frecuentes: 2 puntos

IV. Confortabilidad

- Tranquilo: 0 punto
- Se tranquiliza cuando le hablan, fácil de distraer: 1 punto
- Difícil de confortar hablándole: 2 puntos

V. Presión arterial sistólica

- Estable, sin cambios en las últimas 4 h: 0 punto
- TAS > 20 mmHg en las últimas 4 h: 1 punto
- TAS > 30 mmHg en las últimas 4 h: 2 puntos

VI. Frecuencia cardiaca

- Estable, sin cambios en las últimas 4 h: 0 punto
- FC > 20 latidos por minutos por encima de la FC normal en las últimas 4 h: 1 punto
- FC > 25 latidos por minutos por encima de la FC normal en las últimas 4 h: 2 puntos

VII. Frecuencia respiratoria

- Estable, sin cambios en las últimas 4 h: 0 punto
- FR > 10 respiraciones por minuto por encima de la normal en las últimas 4 h: 1 punto
- FR > 20 respiraciones por minuto por encima de la normal en las últimas 4 h: 2 puntos

VIII. Valoración del dolor por el paciente

- Ausente a ligero: 0 punto
- Moderado a fuerte: 1 punto

- Terriblemente molesto: 2 puntos

La evaluación final de escala quedó como se muestra:

- 0-5 puntos: dolor ausente o ligero
- 6-11 puntos: dolor moderado a fuerte
- 12-16 puntos: dolor muy intenso

Escala para valorar el dolor (modificada)

Para la recolección de datos la investigadora o sus colaboradores a través de la observación durante la entrevista, anotarán edad y sexo del paciente, tomarán los signos vitales e irán tildando los datos observacionales. Para luego consultar al paciente el nivel de dolor que refiere y la medicación analgésica que tiene indicada.

Edad:

Sexo: F

M

1) Signos vitales.

- Presión arterial
- Frecuencia cardíaca
- Frecuencia respiratoria

2) Conducta/Estado emocional

- Musculatura facial: relajada
en tensión, ceño fruncido
ceño fruncido y dientes apretados
- Tono muscular: relajado
flexión de miembros superiores e inferiores
rígido
- Respuesta verbal: normal
quejidos ocasionales
quejidos frecuentes
- Confortabilidad: tranquilo
se tranquiliza cuando le hablan, fácil de distraer
difícil de confortar hablándole

3)Intensidad

- sin dolor
- dolor moderado
- dolor máximo

4)_Medicación analgésica

- Tipo de medicación: no opioide
 - Opioide débil
 - Opioide fuerte
- Dosis en 24h:

Escala para medir el nivel de ansiedad: escala de Hamilton

La investigadora o sus colaboradores irán consultando al paciente cada ítem y éste deberá indicarle el grado con el número correspondiente. Por su parte la investigadora tildará en la casilla referenciada por el paciente.

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4

13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

Ansiedad psíquica	
Ansiedad somática	
PUNTUACIÓN TOTAL	

ANEXO III

Luego de realizar la convalidación de sitio en dos efectores municipales de 2 do nivel de atención se encontró:

El efector nro. 1 ubicado en el centro de Rosario, por la pandemia no permitiría el ingreso del equipo de TAA, tampoco cuenta con infraestructura para llevar a cabo la sesión. Otro punto en contra es que debido a las características de los pacientes que se atienden en este efector (pacientes con problemas de adicción a las drogas, alcoholismo, estado emocional violento). La presencia del animal podría desencadenar algún sobresalto o situación que altere al resto.

El efector nro. 2 situado en la zona norte de Rosario, debido a la pandemia se produjo un cambio en la población que utiliza sus servicios. En mayor proporción atienden pacientes con problemas en su salud mental, secuelas para su rehabilitación y en menor cantidad a pacientes que precisan cuidados paliativos. No posee infraestructura, pero cuenta con una casa donde antes de la pandemia se realizaban actividades recreativas. En la actualidad se trasladó allí al servicio de kinesiología.

Al analizar los datos recabados, se elige la institución ubicada en el centro de Rosario, ya que cumple con los criterios de elegibilidad. Posee mayor cantidad de pacientes que reciben cuidados paliativos, se tiene accesibilidad al personal del equipo paliativo y si bien por el protocolo instaurado por la pandemia de covid-19 no se permite el ingreso en este momento, las autoridades permitirán la implementación del proyecto cuando la situación sanitaria así lo permita.

Efactor 1



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Universidad Nacional de Rosario

—Quien suscribe, Esp. Rosana Nores, Profesora a cargo de la titularidad de la Actividad Académica Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad Nacional de Rosario, certifica que Ventura, Sabrina Jesica es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.

El/la mismo/a deberá relevar datos de la Institución de Salud con el objeto de concretar su proyecto de finalización de la carrera de grado.

La identidad de la institución no será divulgada, en dicho proyecto, los datos solicitados sólo contribuirán a la planificación de los aspectos metodológicos requeridos, en esta actividad académica.

Esperamos contar con su valiosa participación, en la formación de nuevos profesionales.
Saluda a Ud. muy atentamente.

P/D: A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe, a los _____ 2021

Nores, Rosana

Santa Fe 3100
Rosario s2000kr
Tel. 341 4804558 Fax
341 4804569
www.fmedic.unr.edu.ar

Lic. Cecilia Cerini, ccm
M.N. 9234

Efactor 2



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Universidad Nacional de Rosario

—Quien suscribe, Esp. Rosana Nores, Profesora a cargo de la titularidad de la Actividad Académica Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad Nacional de Rosario, certifica que VENTURA, SARAZITA JESICA es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.

El/la mismo/a deberá relevar datos de la Institución de Salud con el objeto de concretar su proyecto de finalización de la carrera de grado.

La identidad de la institución no será divulgada, en dicho proyecto, los datos solicitados sólo contribuirán a la planificación de los aspectos metodológicos requeridos, en esta actividad académica.

Esperamos contar con su valiosa participación, en la formación de nuevos profesionales.
Saluda a Ud. muy atentamente.

P/D: A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe, a los 3 DE NOVIEMBRE 2021

Moschen Norma Beatriz
Enf. UNR - H20
03/11/21

Nores Rosana

Nores, Rosana

Santa Fe 3100
Rosario s2000ktr
Tel. 341 4804558 Fax
341 4804569
www.fmedic.unr.edu.ar

MOSCHEN, NORMA BEATRIZ
Licenciada en Enfermería
M.P. 4027

ANEXO IV

Debido al contexto sanitario actual, sumado a la actitud reticente de las autoridades del efector seleccionado. No se pudo llevar a cabo la prueba piloto, estas circunstancias actúan como un limitante y como consecuencia, no fue posible corroborar la eficacia de los instrumentos. En este caso, la escala para valorar el dolor adaptada, era de suma importancia comprobar si esta, originalmente construida para pacientes cursando un postquirúrgico. Era adecuada para valorar el dolor en pacientes que reciben cuidados paliativos. Por otro lado, la escala de Hamilton para medir el nivel de ansiedad.

Con esta limitación, no se pudo evaluar el tiempo que llevaría la entrevista, aplicar las escalas y recolectar los datos. Tampoco la conveniencia de cuándo realizar la medición post test. O si el paciente se cansa de responder. Por lo tanto, este control de validez queda en suspenso, hasta que las condiciones permitan la realización de la misma.