

Intervención en Crisis: Estrategia de Enfermería para el Afrontamiento de la Vivencia Dolorosa

Intervention in Crisis: Nursing Strategy for Coping with Painful Life

Contreras, Luis ⁽¹⁾; Castillo, Lucía ⁽²⁾; Pavez, Amaya ⁽³⁾

Resumen

Introducción: La enfermera, debido a su quehacer como profesional del cuidado, mantiene una cercanía mayor que el resto de los profesionales de salud con los usuarios que son sujetos de sus cuidados, muchos de los que experimentarán dolor en distintas intensidades. Esta cercanía emplaza a las enfermeras en una ubicación estratégica para detectar el dolor precozmente e intervenir de manera oportuna, desde una mirada holística.

El dolor como concepto se trata de un constructo universalmente conocido por todos los seres humanos, pero a la vez vivenciado por cada uno de nosotros de manera única e individual. Sobre la vivencia dolorosa participan factores multidimensionales, más allá del biológico, destacando el componente emocional, del cual se ha investigado sobre su relación bidireccional con la sensación dolorosa.

Desde esta relación bidireccional, es que la vivencia dolorosa puede convertirse en una crisis situacional con consecuencias graves para la salud mental del individuo, la contención emocional que pueda realizar un profesional de enfermería a través de la intervención en crisis favorecerá el afrontamiento emocional más efectivo posible de la vivencia dolorosa.

Objetivos: Realizar una revisión bibliográfica respecto a la aplicación de la intervención en crisis, como estrategia para la entrega de cuidados de Enfermería dirigidos a usuarios portadores de dolor, considerando la estrecha relación existente entre el dolor y calidad de vida.

Material y Método: Revisión bibliográfica de estudios sobre la participación de Enfermería en pacientes que sufren dolor físico, de tipo agudo y/o crónico, a través de intervención en crisis, disponible y publicado en revistas chilenas e internacionales en idioma español o inglés.

Búsqueda bibliográfica de información publicada en bases de datos electrónicas nacionales e internacionales, que publican información científica nacional e internacional: Scopus, Enferteca y Google Académico.

Los descriptores en inglés y en español que se utilizaron en la búsqueda fueron: pain (dolor), nursing (Enfermería), crisis intervention (intervención en crisis). Para la búsqueda en español se utilizaron los siguientes descriptores: dolor, Enfermería, intervención en crisis.

Resultados: Una vez realizada la revisión bibliográfica, se confirma escasez de publicaciones vinculadas a la intervención en crisis con participación específica de profesionales de enfermería en personas que presentan dolor físico. Se acepta que la preparación emocional previa, así como el acompañamiento emocional de quien sufre dolor, tienen impacto sobre la intensidad del dolor, sin embargo no es posible cuantificar.

Discusión: La intervención en crisis de enfermería tiene impacto sobre los factores psicológicos, emocionales y sociales asociados a la vivencia dolorosa. Adquiere protagonismo la realización de una valoración de enfermería integral y multidimensional en el momento que la persona reporta dolor, con la finalidad de planificar cuidados integrales que aborden los factores determinantes de dolor identificados de una manera integral, tanto en la etapa de preparación, afrontamiento y posterior a la vivencia dolorosa. Es necesario capacitar al profesional de enfermería en salud mental a través de técnicas de intervención, considerando que se constituye como el primero en la cadena de atención de la persona que sufre dolor.

Palabras clave: dolor, enfermería, intervención en crisis.

Abstract

Introduction: Nurses, as professional caretakers, have a proportionally closer relation than other health professionals with the users who are subjected to their care, many of whom will experience pain of varying intensity. This closeness places nurses in a strategic position to detect pain precociously and intervene in a timely manner from a holistic viewpoint.

As a concept, pain is a construct universally known by all human beings, but at the same time it is experienced by each of us in a unique and individual way. Multidimensional factors participate in the pain experience, beyond the purely biological, with the emotional component standing out, with research being done on its bidirectional relation with the painful feeling.

From this bidirectional relation the painful experience can turn into a situational crisis with serious consequences to the individual's mental health, so the emotional containment that a nursing professional can be realized through the crisis intervention will favor the most effective emotional handling of this painful experience.

Objectives: To make a literature review on the application of crisis intervention as a strategy to deliver nursing care aimed at pain bearers, considering the close relation existing between the pain and the quality of life.

Materials and Methods: A literature review of studies published on nursing interventions by performing crisis interventions to take care of patients suffering acute and/or chronic physical pain, published in Chilean and international journals in Spanish or English language, available in national and international electronic data bases that publish national and international scientific information, like Scopus, Enferteca, and Academic Google.

The descriptors that were used for the search were pain, nursing, and crisis intervention in English, and dolor, enfermería, and intervención en crisis in Spanish.

Results: The literature review confirmed the scarcity of publications on crisis intervention with specific participation of nursing professionals in people presenting physical pain. It is accepted that the previous emotional training, as well as the emotional support of those suffering pain, have an impact on the intensity of pain, yet it cannot be quantified.

Discussion: Nursing crisis intervention has an impact on the psychological, emotional, and social factors associated with a painful experience. Making an integral and multidimensional nursing valuation at the time the person reports pain takes on a greater role, with the purpose of planning integral care that will deal with the factors determining the pain identified in an integral manner, in preparing, coping with, and following the painful experience. It is necessary to train the nurse in mental health through intervention techniques, considering that this professional becomes the first one in the attention chain of the person who suffers pain.

Keywords: pain, nursing, crisis intervention.

(1) E.U. Académico Escuela de Enfermería Universidad de Santiago de Chile. Chile.

(2) E.U. Magister en Administración y Dirección RRHH. Universidad de Santiago de Chile. Chile

(3) Enfermera Matrona. Universidad de Santiago de Chile. Chile.

Introducción

La/el profesional Enfermera/o, debido su quehacer como profesional del cuidado, mantiene a través del tiempo una cercanía mayor que el resto de los profesionales de salud con los usuarios que son sujetos de sus cuidados. Muchos de ellos experimentarán dolor en distintas intensidades durante su atención de salud. Esta cercanía sitúa a las enfermeras en una ubicación estratégica para detectar el dolor precozmente e intervenir de manera oportuna, desde una mirada holística.

El dolor, considerado como el quinto signo vital, se refiere a un constructo universalmente conocido por todos los seres humanos, pero a la vez, vivenciado por cada uno de nosotros de manera única e individual. Sobre la vivencia dolorosa participan factores multidimensionales, más allá del biológico, destacando el componente emocional, del cual se ha investigado sobre su relación bidireccional con la sensación dolorosa. Desde esta relación bidireccional, es que la vivencia dolorosa puede convertirse en una crisis situacional con consecuencias graves para la salud mental del individuo.

La contención emocional que pueda realizar un profesional de enfermería a través de la intervención en crisis, realizada oportunamente, favorecerá la elaboración del afrontamiento emocional más efectivo posible de la vivencia dolorosa.

La presente revisión tiene como propósito visibilizar el trabajo de los profesionales de enfermería a la hora de entregar cuidados desde una perspectiva holística, con respeto al ser humano e integrada al manejo planteado por un equipo de salud interdisciplinario para una persona que sufre dolor. El énfasis de este artículo está centrado en los cuidados que la Enfermería puede procurar a la salud mental de una persona cuyo motivo de consulta se vincula principalmente a su salud física, y cómo los cuidados dirigidos a la salud mental del individuo impactan sobre la salud física del mismo.

Objetivo General

Realizar una revisión bibliográfica respecto a la aplicación de la intervención en crisis, como estrategia para la entrega de cuidados de Enfermería dirigidos a usuarios portadores de dolor, considerando la estrecha relación existente entre el dolor y calidad de vida.

Objetivos Específicos

Visualizar la importancia de la valoración de Enfermería con un enfoque holístico en la persona que sufre dolor, con la finalidad de identificar los factores determinantes de vivencia dolorosa.

Visibilizar el aporte de la intervención en crisis como estrategia para el abordaje de los factores determinantes y afrontamiento de la vivencia dolorosa.

Material y Método

Análisis teórico de la intervención en crisis realizada por Enfermería, dirigida a los pacientes portadores de dolor a la luz de la teoría de la relación entre seres humanos de Joyce Travelbee.

Se realizó una revisión bibliográfica de estudios sobre la participación de Enfermería en pacientes que sufren dolor, de tipo agudo y/o crónico, a través de intervención en crisis, disponibles y publicados en revistas nacionales e internacionales, en idioma español o inglés.

Se realizó también una búsqueda bibliográfica de información publicada en bases de datos electrónicas nacionales e internacionales que publican información científica nacional e internacional, considerándose las bases nacionales y bases internacionales de datos Scopus, Enferteca y Google Académico.

Los descriptores en inglés y en español que se utilizaron en la búsqueda fueron: pain (dolor), nursing (Enfermería), crisis intervention (intervención en crisis). Para la búsqueda en español se utilizaron los siguientes descriptores: dolor, Enfermería, intervención en crisis.

Se buscó la presencia de los términos en el título del artículo, en su resumen y en las palabras clave. Las fechas incluidas en las búsquedas bibliográficas fueron todas las posibles, debido a la escasez de publicaciones sobre la temática en estudio. Se consideraron para la evaluación final todos los estudios y referencias bibliográficas que hayan sido publicados en formato impreso o electrónico en revistas indexadas en alguna de las bases de datos anteriormente comentadas. El procesamiento de la información consideró la revisión de las publicaciones encontradas, incluso con más de cinco años de antigüedad al momento de la investigación, a modo de literatura clásica, procediéndose a su categorización según vigencia, nivel de evidencia y correspondencia de la información disponible con el tema en estudio.

Dolor e intervención en crisis

Concepto de crisis situacional

Crisis situacional es un concepto relacionado con la capacidad adaptativa del individuo y se refiere a un episodio transicional inesperado o no, que es percibido como una amenaza o pérdida, que supera sus mecanismos psíquicos y fisiológicos de afrontamiento habituales, sumiéndole en un estado psicológico temporal de malestar subjetivo marcado por la ansiedad, confusión y desorganización. Una crisis psicológica ocurre cuando un evento traumático desborda excesivamente la capacidad de una persona de manejarse en su modo usual (1).

En general, el ser humano en su funcionamiento emocional individual experimenta episodios a lo largo de su vida en que su equilibrio estructural puede verse alterado, debido a situaciones que modifican su funcionamiento previo. Frente a ellos despliega, con un mínimo de autoconsciencia y sensación de esfuerzo, una serie de mecanismos de afrontamiento presentes en el repertorio previo de respuestas aprendidas o innatas de cada persona, de los que alguno tendrá la capacidad de hacer frente a la situación problemática y solucionarla en un lapso de tiempo similar a otras situaciones vividas previamente, recuperando el equilibrio de la estructura (1). La recuperación de este equilibrio tiene relación con diversos factores, entre los que se considera el logro de la solución a la situación problema, mediante la respuesta adaptativa basada en métodos análogos a experiencias previas, la duración de esta respuesta adaptativa frente al problema, y el nivel de tensión al que se somete el organismo para elaborar esta respuesta. Ante una crisis, el estímulo que genera la respuesta adaptativa puede ser mayor y, por lo tanto, los mecanismos de afrontamiento encargados de recuperar el equilibrio no

alcanzan a actuar dentro del margen de tiempo común, sometiendo al individuo a un estrés superior al que se ha adaptado anteriormente, generando sentimientos de agotamiento y malestar subjetivo. En ese instante, los mecanismos comunes de afrontamiento se ven inútiles, y aparecen como si ningún otro método pudiera usarse o ser de utilidad. La persona se ve enfrentada, entonces, a un escenario en que se percibe expuesta a un peligro inminente para la satisfacción de sus necesidades más básicas, poniendo en cuestionamiento la propia existencia, predominando las sensaciones de frustración, impotencia e ineficacia, dando lugar a un estado de cierta desorganización del funcionamiento de sus actividades familiares, sociales y laborales, haciendo al afectado parecer menos eficiente de lo que es generalmente, y confirmando sus sentimiento de impotencia, al límite de poner en cuestión su propia eficacia y valía como ser humano.

La creciente tensión emocional durante el periodo de crisis, también puede traducirse en la presentación de síntomas de malestar físico, similares a los observados durante un proceso de duelo, tales como; fatiga, cefalea, sequedad bucal, hipersensibilidad al ruido, sensación opresiva en pecho y garganta, taquicardia y debilidad muscular (2).

Cabe señalar que estos síntomas asociados al malestar subjetivo son indiferenciados y su presencia no es indicador de crisis. Si el individuo presenta este tipo de sintomatología, y sin embargo, esto no impide que pueda hacer frente por sí mismo a una situación problema, se trata entonces de una instancia de estrés manejable y no de una crisis. Del mismo modo, si los mecanismos personales de abordaje de la situación problema no resultan suficientes, pero aun así el individuo todavía puede desenvolverse en sus áreas emocional, ocupacional e interpersonal en forma efectiva, tampoco se tratará de una situación de crisis (3).

Según la teoría de la crisis, cuando el individuo ve superadas sus herramientas para el afrontamiento del problema y es invadido por los sentimientos de ineficacia anteriormente señalados, experimenta trastornos cognitivos y emocionales similares a la pérdida y el duelo. Este trastorno se inicia con una etapa de shock y desorganización, en el que temporalmente la persona se "paraliza" para luego volver a movilizarse en forma paulatina, a medida que logra reestructurarse, para planificar y probar, por medio del ensayo y error, nuevas estrategias que le permitan afrontar el problema que desembocó en la crisis.

A partir de la descripción que hace Caplan (1), puede otorgarse una visión optimista frente a lo que la crisis vivencial representa, a pesar del aumento de la vulnerabilidad de la estructura psíquica, al generar un trastorno mental y un trauma. Su desenlace también puede conducir al desarrollo de la personalidad y logro de una madurez mayor, dependiendo del modo en que la situación sea manejada.

Siguiendo este mismo curso de pensamiento, se señala una serie de factores que tendrán una participación decisiva sobre el desenlace beneficioso o traumático de cada crisis. En este grupo se consideran las elecciones activas y azarosas que haga el individuo; el nivel de comprensión cognitiva y emocional que tenga sobre su vivencia, incorporando la forma en que se comunica con el medio en que se encuentra inserto; los mecanismos de afrontamiento conscientes e inconscientes que la persona haya aprendido en experiencias

previas (de este punto se entiende que cada vez que la persona termina un periodo de crisis de manera exitosa, habrá incorporado nuevas estrategias a su repertorio que le permitirán afrontar de mejor manera las crisis futuras) y el significado que haya atribuido a estos aprendizajes; la disponibilidad de recursos sociales a través de sus redes de apoyo cercanas y extensas con las que cuente; el contexto social en que se encuentre; y la fortaleza del yo de cada individuo.

Según Caplan (1), la fortaleza del yo se mide a través de tres componentes: la capacidad particular de toda persona para resistir el estrés; el grado en que la persona es capaz de aplicar criterio de realidad al observar sus problemas y su manera de abordarlos; y el repertorio de mecanismos efectivos para la superación de los problemas con que cada persona dispone para mantener el equilibrio biopsicosocial. El concepto de fortaleza del yo ha sido identificado por múltiples autores con el de resiliencia (4), señalado como una competencia relacionada con el afrontamiento efectivo en respuesta al riesgo o a la adversidad. Se trata de un componente del Yo que le capacita para el éxito en situaciones de adversidad, y que a la vez puede ser desgastado o reforzado por los eventos adversos. Una de las definiciones más aceptadas es "la capacidad de recuperarse y mantener la conducta adaptativa después del abandono o la incapacidad inicial al iniciarse un evento estresante".

Vivencia dolorosa: Dolor como crisis vivencial

Similar al resto de las experiencias sensoriales, la información del estímulo doloroso es mediada por células nerviosas encargadas de su recepción, transmisión en el sistema nervioso periférico, y su procesamiento en el sistema nervioso central para dar respuesta al mensaje, ya sea como percepción o representación interna de las sensaciones (5). El dolor es una vivencial individual y subjetiva, resultado de la interacción de diversos factores interdimensionales (6). Es en la percepción del estímulo donde participan factores adicionales al estímulo físico que genera la sensación dolorosa, existiendo factores psicológicos individuales que serán determinantes en el resultado final del proceso perceptivo. Dentro de estos factores se encuentran la motivación del individuo, sus creencias e interpretaciones del estímulo basadas en vivencias previas, su afectividad en consideración al estado de ánimo y emociones predominantes, y las expectativas previas que puedan existir en relación al fenómeno perceptivo (5), en este caso doloroso. Todos estos procesos propios del aparato psíquico teñirán la percepción e interpretación de esta vivencia dolorosa, entendida como la percepción del dolor en función de los componentes del aparato psíquico, tanto en beneficio como en perjuicio de la tolerancia al estímulo. Ante una situación de gran tensión o riesgo inminente, el umbral del dolor puede elevarse y, por el contrario la atención de la persona sobre una sensación dolorosa que ha sido anticipada, puede hacerlo descender. En otro ejemplo, una persona que vive un proceso de enfermedad solo, sin un apoyo en la contención emocional, contará con menor cantidad de recursos para afrontar una vivencia dolorosa, por lo estará expuesto a un mayor nivel de tensión y eventualmente la percepción de un mayor nivel de sufrimiento.

En la misma vía, de forma inversa, la percepción del dolor tendrá repercusión sobre los componentes del aparato psíquico. Dependiendo de sus características, el dolor afectará el desempeño de sus roles, “teñirá” la percepción, exponiendo al desequilibrio al individuo en su estructura psíquica. Son esperables reacciones de orden psíquico como la ansiedad, miedo y depresión, pudiendo incluso desencadenar situaciones de agresividad y agitación psicomotora (6).

Una revisión bibliográfica realizada en la Universidad de Cambridge (7), señala que el riesgo de suicidio en personas con dolor crónico aumentaría al doble respecto de aquellas personas que no lo padecen, influyendo dentro de los componentes psíquicos más relevantes, los sentimientos de impotencia y la desesperanza sobre el dolor, el deseo de escapar del dolor, el catastrofismo y la evitación del dolor y los déficits de resolución de problemas.

Bajo la definición de crisis anteriormente mencionada, la vivencia dolorosa entonces es considerada una crisis cuando la percepción del dolor supera los mecanismos psicológicos con los que cuenta el individuo para tolerarlo y poder cumplir de manera satisfactoria con sus roles vitales. Visto de otro modo, cuando repercute de manera sustancial sobre su calidad de vida.

Para fines de esta reflexión, es necesario diferenciar el dolor agudo del dolor crónico. Los componentes psíquicos y sociales previamente mencionados tendrán un mayor protagonismo en el segundo, debido a los procesos de adaptación psíquica que realiza una persona al incorporar la vivencia dolorosa como una parte de su vida.

Dolor y calidad de vida

La vivencia dolorosa es una situación de crisis que tiene el potencial de alterar en algún grado la percepción de la calidad de vida del individuo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define calidad de vida como la forma en que el individuo percibe el lugar que ocupa dentro de su entorno cultural y el sistema valórico en que vive, en relación con sus creencias, expectativas, criterios y preocupaciones. Todo esto en el contexto del estado de su salud física, su estado psicológico, la calidad de sus relaciones sociales, el nivel de autonomía e independencia, factores ambientales y en congruencia con sus creencias espirituales personales (8). Basado en esta definición, la percepción de la calidad de vida es, entonces, un criterio subjetivo, personal, individual y particular, no determinado por los profesionales sanitarios ni por las redes más cercanas a la persona. En esta lógica, es válido afirmar que la vivencia dolorosa tiene influencia sobre la calidad de vida del individuo, a través del grado de repercusión sobre su salud física, estado psicológico, nivel de autonomía y, eventualmente, sobre sus creencias espirituales.

Desde la mirada de la fortaleza del yo o resiliencia, la vivencia dolorosa puede verse afectada de manera beneficiosa, en la medida en que la capacidad previa del individuo para mantener la conducta adaptativa, supere al estrés generado por el dolor. Esto se relaciona con la disposición previa de la persona susceptible de la vivencia dolorosa, lo que favorecerá a su repertorio de mecanismos de afrontamiento efectivo.

Por lo tanto, podría inferirse que el acompañamiento emocional provisto por un profesional de la salud capacitado, en este caso la Enfermera/o, podría ser útil no solamente a la hora de hacer frente a la vivencia dolorosa presente, sino también en la preparación emocional de aquella persona que se espera experimente tal vivencia en un futuro próximo, en la medida que la relación de ayuda de Enfermería establecida, colabore en procurar el desarrollo de una disposición más optimista frente a un episodio doloroso que se avecina.

Martínez-Correa (9) propone que la disposición emocional previa optimista favorece de manera positiva la vivencia de la situación de estrés así como la efectividad de los mecanismos de afrontamiento y procesos de ajuste vital del individuo, en la medida que mejore las expectativas del usuario acerca del control de los resultados de sus propias acciones, las expectativas sobre la posibilidad de alcanzar resultados positivos en el futuro, así como su percepción de autoeficacia.

Enfermería y relación de ayuda. La Teoría de la relación entre seres humanos de Joyce Travelbee

Joyce Travelbee, en su teoría de la “relación entre seres humanos”, plantea que “el objetivo de la Enfermería es ayudar a una persona, familia o comunidad a prevenir o afrontar las experiencias de la enfermedad y el sufrimiento y, si es necesario, a encontrar un significado para estas experiencias, siendo el fin último la presencia de la esperanza” (10). Plantea que, a veces es necesario ayudar a la persona a encontrar un significado a la enfermedad e incluso al sufrimiento. El individuo, al hallar estos significados, podrá encontrar un asidero para hacer frente a los problemas creados a partir de esta experiencia (11).

Propone que la enfermedad debe ser considerada a través de dos criterios: el criterio objetivo, definido por los factores externos de la enfermedad de la persona afectada; y el criterio subjetivo, referido a la percepción que tiene el mismo individuo acerca de su condición de enfermo. Presenta la figura de la Enfermera/o como un ser humano dotado/o de conocimientos especializados en el cuidado, con el objetivo de cuidar de otros seres humanos con quienes se interrelaciona. Así otorga a la Enfermería una base disciplinar fundamentalmente humanista, estableciendo una modalidad específica de interrelación entre dos seres humanos en el contexto del cuidado: “la relación de ayuda”. A juicio de los suscritos, esta “relación de ayuda” es la piedra angular de toda acción de Enfermería en su rol asistencial. La interrelación referida por Travelbee sigue un proceso etapificado de acercamiento entre ambas partes, ordenado de la siguiente manera: el encuentro original, la presentación de identidades emergentes, el desarrollo de sentimientos progresivos de empatía y de posterior compasión, hasta que la enfermera y el paciente consiguen la transferencia en la última fase (10).

Esta esperanza de la que habla Travelbee constituye una arista fundamental a través de la que el profesional de enfermería tiene la oportunidad de potenciar de manera correlacionada la disposición optimista frente al evento estresante, los mecanismos de afrontamiento eficaz, la resiliencia y la fortaleza del yo.

La relación de ayuda, como proceso asociado al quehacer de profesionales y agentes terapéuticos del cuidado, consiste

en establecer mediante recursos materiales, técnicos y socioemocionales, intra e interpersonales, una relación terapéutica con aquel sujeto de ayuda, con el fin de mejorar su disposición para afrontar los problemas lo más sanamente posible, permitiendo en todo momento el desarrollo personal. En Enfermería, la relación de ayuda no es un proceso completamente planificado, sino que es en sí misma una relación propia del ser profesional y de sus cuidados. Se encuentra en las actitudes, habilidades y relaciones que desarrolla la Enfermera/o en su profesión, por el carácter interaccionista de los cuidados que otorga.

Enfermería e Intervención en Crisis

Basada en esta mirada humanista de la Enfermería, el establecimiento de esta relación de ayuda considera que la enfermera sea capaz de empatizar y simpatizar con el componente subjetivo de la vivencia dolorosa de aquella persona a quien cuida, y desde esa forma de vinculación, introducirse de manera activa en la situación vital de la persona que experimenta dolor, con el fin de ayudarla a movilizar sus propios recursos para superar el problema y recuperar el equilibrio emocional.

Según la guía de buenas prácticas en Enfermería de la Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario (RNAO, por sus siglas en inglés), intervención en crisis se define como un proceso centrado en la resolución de problemáticas dentro del plazo inmediato, mediante el uso de recursos humanos, sociales y medioambientales (3).

Slaikeu en 1988, se refiere a la intervención en crisis como un método cuyo fin es auxiliar a la persona o familia que se enfrenta a un proceso traumático, de tal modo que la probabilidad de secuelas secundarias a la crisis en las distintas dimensiones humanas, se aminoren, a la vez que se procure incrementar la probabilidad de crecimiento personal a través del aprendizaje de nuevas habilidades y perspectiva de vida (12).

Se plantea como un proceso activo, abordando la situación problemática en el plazo inmediato, centrado en la subjetividad del individuo a quien se agencian los cuidados, tal y como sea percibido por éste (3).

Los objetivos de la intervención en crisis consideran la resolución rápida de la crisis para evitar un empeoramiento, la recuperación del estado de la persona, al menos similar al previo a la crisis, promover el crecimiento y la resolución efectiva de problemas, y reconocer señales de alerta que permitan evitar posibles efectos negativos (3).

Impacto de intervención en crisis sobre la vivencia dolorosa

Si bien es cierto, no se encuentra respaldo para cuantificar el impacto de la intervención en crisis realizada por la Enfermera/o, en el contexto de la relación de ayuda que establece con la persona afectada, sobre la cuantificación de la sensación física del dolor planteada como complemento de la terapia analgésica, esta intervención en crisis sí podría tener impacto sobre la “vivencia dolorosa”, si tenemos en cuenta otras dimensiones distintas a la sensorial, consideradas dentro del concepto más amplio de calidad de vida, tal como; la contención emocional, colaborando en algún grado sobre el alivio de la ansiedad, la tensión emocional y, por tanto, en las manifestaciones físicas de la vivencia dolorosa;

el acompañamiento espiritual, la asignación de sentido a la experiencia dolorosa, la entrega de esperanza frente al dolor y la disminución de la sensación catastrófica, del riesgo e intensidad en la aparición de trastornos de salud mental secundarios a la vivencia dolorosa.

La programación de cuidados de Enfermería en una persona que experimenta dolor debe planificarse desde una perspectiva cognitiva, emocional y espiritual para lograr el abordaje holístico del ser humano sujeto de cuidado.

Un estudio realizado en el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos de Costa Rica en 2001 (13) reconoce la utilidad de las intervenciones cognitivo-conductuales en el adiestramiento para el abordaje del dolor crónico, mejorando así su manejo, controlando las reacciones del individuo ante el dolor y disminuyendo el sufrimiento asociado. Del mismo modo, concluye en la necesidad de capacitación que requiere el personal de enfermería del centro para la aplicación de estas intervenciones.

Según un estudio realizado en 2014-2015 en la Universidad de Lleida (6), que analiza la participación de Enfermería en el control de la ansiedad perioperatoria y el dolor postquirúrgico, se acepta la existencia de una relación directa entre el nivel de ansiedad y presencia de dolor. Por tal motivo, la inclusión en el plan de cuidados de Enfermería de intervenciones destinadas a disminuir la ansiedad a través de una preparación psicosocial, aportará con la disminución de la calidad de la vivencia dolorosa percibida. Estas intervenciones, principalmente, tienen que ver con la entrega de información previa al usuario en relación a todo su proceso perioperatorio, así como la intensificación del contacto con el paciente.

En conjunto al trabajo anticipatorio, también se han descrito intervenciones desde la dimensión de “apoyo al yo”, ubicado en el periodo de recuperación postoperatoria, las que consideran cuidados relacionados con la educación para el autocuidado del individuo y acompañamiento emocional, muy requerido en esta etapa. Estas intervenciones colaborarían en la entrega de apoyo al individuo para la adquisición de estrategias de afrontamiento adecuado, así como en volver el foco de atención hacia otras áreas de la vida, la entrega de esperanza y proyección hacia el futuro, y disminución de la ansiedad, así como la prevención del aprendizaje de conductas desadaptativas (14)

Discusión

No se puede cuantificar el impacto de la intervención psíquica y emocional sobre la intensidad de la sensación dolorosa, pese a que se acuerda que si existe tal impacto. No obstante, la intervención en crisis tiene un efecto positivo sobre los factores psicológicos, emocionales y sociales asociados a la vivencia dolorosa. En relación a este punto, adquiere protagonismo la realización de una valoración de enfermería integral y multidimensional en el momento que la persona reporta dolor, de manera de identificar los factores asociados a tales vivencias dolorosas, con la finalidad de planificar cuidados integrales que aborden los factores determinantes de dolor identificados, tanto en la etapa de preparación, afrontamiento y posterior a la vivencia dolorosa para afrontarla de forma adaptativa y alcanzar aprendizajes que potencien la capacidad de afrontamiento de la persona.

Como señala la RNAO, la intervención en crisis debe ser oportuna, flexible y accesible las veinticuatro horas del día (3). Es necesario capacitar a la Enfermera/o en salud mental considerando el afrontamiento del dolor, a través de técnicas de intervención en crisis con el objetivo de lograr un mejor ajuste emocional considerando que el Enfermero/a constituye el primer profesional en la cadena de atención de la persona que sufre dolor, quien puede intervenir oportunamente previniendo la generación de la crisis, entregando contención o preparando la disposición del usuario antes de la intervención del dolor de parte de otro profesional sanitario especializado.

La RNAO en su "Guía de Buenas Prácticas: Valoración y manejo del dolor" declara: "Aunque otros profesionales de la salud están directa o indirectamente involucrados en la valoración y manejo del dolor de las personas, las enfermeras tienen un mayor contacto con las personas que reciben cuidados. Esta relación coloca a las enfermeras en una posición única para detectar el dolor, y, si la detección es positiva, para continuar con una valoración exhaustiva de la experiencia del dolor de la persona" (15)

La formación en habilidades socioemocionales intra e interpersonales, así como en la estrategia de intervención en crisis debería ser percibida como un área crítica dentro de los planes de estudio de futuros profesionales de enfermería generalistas, puesto que la forma en que el enfermero pesquise y aborde a la persona en crisis, así como la evitación de este abordaje, tendrá un impacto relevante en la recuperación de la salud mental y física del ser humano sujeto de cuidados.

Conflicto de Interés:

Autor (es) no declaran conflicto de interés en el presente trabajo:

Recibido el 22 de diciembre 2017, aceptado para publicación el 05 de marzo 2018.

Correspondencia a:
Luis Contreras
Escuela de Enfermería. Facultad de Ciencias
Médicas. Universidad de Santiago de Chile.
Santiago. Chile.
E-mail: luis.contreras.v@usach.cl

Referencias Bibliográficas

- (1) Caplan G. Principios de Psiquiatría Preventiva Buenos Aires: Editorial PAIDOS, Argentina; 1964.
- (2) Guillem Porta V, Romero Retes R, Oliete Ramirez E. manifestaciones del duelo. [Online].; 2017. Available from: <http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo08.pdf>.
- (3) Registered Nurses Association of Ontario. guía de buenas prácticas en enfermería: intervención en casos de crisis. 2006th ed. Ontario: Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en enfermería - Investén ISCIII; 2002.
- (4) Becoña E. Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. 2006; 11(3).
- (5) Nieto Corella P. Procesos Psicológicos Básicos. In Plumed Moreno C, Mansilla Pozuelo MD, Nieto Corella P, Poves Plumed AB. Psicología General. España: Colección Enfermería S21; 2015. p. 65-103.
- (6) Sofia Mora Alins, Facultad de Enfermería, Universidad de Lleida. Diseño de una intervención de enfermería para disminuir la ansiedad preoperatoria y el dolor postoperatorio del paciente quirúrgico. [Online].; 2015 [cited 2017 diciembre 13. Available from: <https://repositori.udl.cat/bitstream/handle/10459.1/49333/smora.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- (7) TANG NICOLEKY CC. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. Psychological Medicine. Cambridge University Press. 2006; 36(5): p. 575-86.
- (8) OMS. <http://www.who.int/iris/handle/10665/55264>. [Online].; 2017. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/55264/1/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf.
- (9) Martínez-Correa A RdPGAGLAGJMI. Optimismo/Pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. [Online].; 2006 [cited 2017 09 15. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72718110>.
- (10) Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. In. Barcelona: Mosby, Elsevier España. 8va edición; 2015. p. 50 - 51.
- (11) Ramos M A. sintiendo el ser humano: interpersonal aspects of nursing. [Online].; 2005 [cited 2017 Abril 24. Available from: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/51/7981.php>.
- (12) Slaikou K. Intervención En Crisis. Mexico D.F.: El Manual Moderno; 1996.
- (13) Rojas-Elizondo J. Abordaje de la intervención psicológica en casos diagnosticados de dolor crónico. Enfermería de Costa Rica. 2003 Diciembre; 25(1): p. 16-21.
- (14) Calderón-Gómez MÉ. Intervención en crisis a cargo de las y los profesionales en Enfermería. Enfermería en Costa Rica. 2003 Diciembre; 25(1): p. 39-44.
- (15) Registered Nurses' Association of Ontario. Guía de buenas prácticas: Valoración y manejo del dolor. 3rd ed. Ontario: Investén - Iscii; 2013.
- (16) OMS. La gente y la salud. ¿Qué calidad de vida? [Online].; 1996 [cited 2017 abril 23. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/55264/1/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf.
- (17) OPS OMS. www.paho.org. [Online].; 2017 [cited 2017 abril 15. Available from: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102%3Adepression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&catid=740%3Apress-releases&Itemid=1926&lang=es.
- (18) OMS. <http://www.who.int>. [Online].; 2017 [cited 2017 abril 15. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>.
- (19) Benviste A. Intervencion en crisis despues de grandes desastres. Revista de psicoanalisis. 2000; p. 137-148.