



Universidad
Zaragoza

TRABAJO FIN DE GRADO

PLAN DE MEJORA EN LA COMUNICACIÓN
ENFERMERA-PACIENTE EN LA VALORACIÓN DEL DOLOR

*COMMUNICATION IMPROVEMENT PLAN
NURSE-PATIENT IN PAIN ASSESSMENT*

Autor/es

Irene Isla Sánchez

Director/es

Dr. Miguel Ariño Lapuente

Universidad de Zaragoza
Facultad De Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Curso Académico 2019/2020

ÍNDICE

1.	RESUMEN	5
2.	INTRODUCCIÓN.....	7
3.	OBJETIVOS	11
3.1	Objetivo general	11
3.2	Objetivos específicos.....	11
4.	METODOLOGÍA	12
4.1	Diagrama de Gantt	12
4.2	Diagrama de Ishikawa	13
4.3	Estrategia de búsqueda	13
4.4	Diseño del estudio	16
4.4.1	Ámbito de aplicación	17
4.4.2	Población diana	17
4.4.3	Instrumentos para implantar el plan de mejora	18
4.4.4	Conflicto de intereses	19
5.	DESARROLLO.....	20
5.1	PLAN	20
5.2	DO.....	21
5.2.1	Evaluación de conocimientos previa a las sesiones	21
5.2.2	Sesiones formativas a realizar	22
5.2.3	Recursos y presupuesto del plan de mejora.....	26
5.3	CHECK.....	27

5.4 ACT	33
6. CONCLUSIONES	34
7. ANEXOS.....	35
Anexo I. Hoja de trabajo	35
Anexo II. Prueba de conocimientos	37
Anexo III. Encuesta de satisfacción.....	39
8. BIBLIOGRAFÍA	40

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla nº1. Resumen de la estrategia de búsqueda.....	14
Tabla nº2. Revistas, libros y páginas web.....	15
Tabla nº3 Pacientes incluidos y excluidos en el plan de mejora	18
Tabla nº4. Enfermeras incluidas y excluidas en el plan de mejora	18
Tabla nº5. Descripción de la primera sesión.....	22
Tabla nº6. Descripción de la segunda sesión (parte I)	23
Tabla nº7. Descripción de la segunda sesión (parte II)	24
Tabla nº8. Descripción de la tercera sesión	25
Tabla nº9. Recursos y presupuesto del plan de mejora.....	26
Tabla nº10. Indicador de estructura I.....	28
Tabla nº11. Indicador de estructura II.....	29
Tabla nº12. Indicador de proceso	30

Tabla nº13. Indicador de resultado I	31
Tabla nº14. Indicador de resultado II	32

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N°1. Diagrama de Gantt	12
Gráfico N°2. Diagrama de Ishikawa.....	13
Gráfico N°3. Ciclo de Deming	16

1. RESUMEN

Introducción

El dolor es un tema fundamental a evaluar en la entrevista clínica de enfermería. Debe valorarse en su totalidad teniendo en cuenta la importancia de una buena relación terapéutica, evitando las posibles barreras comunicativas que puedan interferir en la correcta evaluación del dolor.

Objetivo

Mejorar la comunicación enfermera-paciente con el fin de recoger más información y así optimizar la valoración del dolor.

Metodología

Tras una revisión bibliográfica, se ha descrito una estrategia de mejora continua cuyo ámbito de actuación es la Unidad del Dolor del Hospital Clínico de Zaragoza (España). En la población diana se incluyen a las enfermeras con contrato fijo y experiencia en la materia, así como a los pacientes mayores de dieciocho años que presenten un dolor generalizado.

Conclusiones

Este plan de mejora aborda la necesidad de establecer una buena comunicación enfermera-paciente, a través de herramientas sociales que permitan obtener una correcta valoración del dolor.

Palabras clave

Dolor, enfermería, valoración del dolor, barreras de comunicación y manejo del dolor.

ABSTRACT

Introduction

Pain is an important topic in the nursing clinic interview. It must be fully assessed taking into account the importance of a good therapeutic relationship, avoiding possible communication barriers that may interfere with the correct assessment of pain.

Objective

Improve nurse-patient communication in order to collect more information and thus optimize pain assessment.

Methodology

After a bibliographic review, a strategy of continuous improvement has been described whose scope of action is the Pain Unit of the Hospital Clínico de Zaragoza (Spain). The target population includes nurses with permanent contracts and experience in the field, as well as patients over the age of eighteen who present with generalized pain.

Conclusion

This improvement plan addresses the need to establish good nurse-patient communication, through social tools that allow a correct assessment of pain.

Key words

Pain, nursing, pain assessment, communication barriers and pain management

2. INTRODUCCIÓN

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define a éste como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión tisular existente o supuesta, o bien lo que el sujeto describe utilizando esos mismos términos, sin que exista una lesión verificable. ⁽¹⁾⁽²⁾ En el trabajo de revisión del Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay", se detalla también como un fenómeno complejo, determinado por múltiples causas, resultado de la interacción de diferentes factores psicológicos, fisiológicos y socioculturales. ⁽³⁾

A lo largo de la historia, el dolor ha acompañado al hombre siguiendo diferentes culturas y creencias conforme la época que se atravesaba, pero en los últimos años, ha alcanzado un reconocimiento mundial, no solo en el mundo de la sanidad, sino como un asunto importante para la investigación científica y el análisis filosófico. ⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾ La experiencia del dolor es uno de los temas que más ha inquietado al pensamiento filosófico. La filosofía fenomenológica apareció para defender la interdisciplinariedad del dolor, rompiendo con la tradición que lo ha considerado únicamente como parte del sistema sensorial. ⁽⁷⁾

Un punto clave en su evolución fue el siglo XVIII, con el comienzo de la época científica y la visión moderna del dolor, la cual perdura hasta nuestros días. ⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾

En el ámbito de la enfermería, ya en 1955, Virginia Henderson la describió como un pilar fundamental en la satisfacción de las catorce necesidades básicas fisiológicas del individuo, incluyéndose la evitación del dolor como una necesidad básica de supervivencia. Para ello, su manejo implica la necesidad de una intervención interdisciplinar e integral entre los diferentes profesionales de la salud, donde se incluye al personal de enfermería. ⁽⁸⁾

Según el estudio elaborado en la Universidad Nacional de Córdoba (Argentina) por la Licenciada en Enfermería y Profesora en la Facultad de Ciencias Médicas, M^a Cristina Cometto, cada persona conceptualiza el dolor según sus costumbres y creencias y esto conlleva a que en ocasiones pueda

ser subestimado. Así pues, como profesionales de enfermería se debe valorar la experiencia dolorosa evitando juzgar su veracidad. ⁽⁹⁾

Por tanto, su valoración va a depender de lo que siente y expresa la persona que lo padece, puesto que su personalidad va a afectar a la sensación dolorosa. ⁽³⁾⁽¹⁰⁾

Además, Hildegard Peplau en su modelo teórico en Enfermería, basado en las relaciones interpersonales, afirmó que la personalidad de la enfermera puede influenciar su práctica asistencial por lo que debe controlar su conducta para establecer relación con el paciente. ⁽⁹⁾⁽¹¹⁾

En el entorno sanitario, la comunicación es considerada como un proceso interpersonal y continuo en el que un individuo expresa algo por medio de signos verbales y no verbales, con la intención de influir de algún modo en la conducta del otro; permitiendo la conexión entre ellos tanto a nivel intelectual como emocional. ⁽¹²⁾⁽¹³⁾

El mensaje se transfiere desde una fuente, denominada emisor, hasta un receptor; generándose a su vez un proceso de retroalimentación en el que éste último envía un nuevo mensaje al emisor para intentar llegar a la comprensión mutua. ⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾ Teniendo en cuenta que las palabras pueden adquirir diferentes denotaciones, tal y como se plasma en la afirmación del Catedrático de Enfermería en Salud Mental, Luis Cibanal Juan, "lo que está claro para mí, sólo está claro para mí". ⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾

En este contexto de valoración del paciente, la enfermera es la que asume el papel de emisor, iniciando el proceso y encargándose, entre otros, de solucionar los posibles obstáculos que aparezcan en la conversación. ⁽¹⁴⁾

Dichos obstáculos, conocidos como "barreras de comunicación", son provocados o bien por las relaciones humanas o bien son relativos a las costumbres, hábitos de vida, prejuicios raciales o escalas de valores. Según la Profesora Bárbara Almarales Pupo, (Instructora en Comunicación y Salud de la Facultad de Ciencias Médicas "Mariana Grajales Coello" en la ciudad de Holguín), predominan las "barreras naturales", debidas a interrupciones por personal ajeno a la entrevista y las "gnoseológicas", por la utilización indebida de lenguaje técnico. ⁽¹⁷⁾

Existen también las llamadas “barreras mentales” o “filtros”: aquellos intereses, creencias, preocupaciones o expectativas que son propios de la personalidad tanto del emisor como del receptor, y pueden suponer interferencias en la comunicación. ⁽¹⁴⁾

Asimismo, la diferencia de idioma o las posibles connotaciones de éste y las alteraciones en las funciones del lenguaje y el habla (como la disartria o la disfasia), entre otros, son ejemplo de limitaciones que pueden dificultar el proceso comunicativo y requerir un cambio del lenguaje habitualmente empleado. ⁽¹⁸⁾

Adquiere relevancia el dominio del lenguaje no verbal. Los gestos, las expresiones corporales involuntarias, el contacto visual, los movimientos de cabeza o la voz, aportarán información adicional, confirmando o negando el mensaje transmitido a través de la expresión verbal. ⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾

La cultura también puede ser un factor influyente en la valoración del dolor puesto que la modelación social, las normas de grupo y los valores aprendidos varían de una población a otra; esto conlleva a que el umbral y la tolerancia al dolor sean diferentes en cada persona. ⁽²¹⁾ Ligado a la cultura se encuentra la dimensión espiritual, la cual Florence Nightingale definió como parte intrínseca del ser humano y un aspecto a incluir en los cuidados. ⁽²²⁾

Así pues, en el ámbito de las profesiones sanitarias que incluyen en sus competencias las relaciones interpersonales, es necesario el uso de habilidades sociales. ⁽²³⁾ Adaptar el lenguaje al interlocutor, expresarse de forma simple, clara y concreta, mostrar empatía e interés en la conversación, impedir interrupciones o evitar generalizar comportamientos, son algunas técnicas dirigidas a una comunicación terapéutica. ⁽¹⁶⁾⁽²⁴⁾

En el Artículo 10 del Código Deontológico de Enfermería, (actualizado en 2012) queda reflejado que “Es responsabilidad de la enfermera mantener informado al enfermo, tanto en el ejercicio libre de su profesión como cuando esta se ejerce en las instituciones sanitarias, empleando un lenguaje claro y adecuado a la capacidad de comprensión del mismo”. ⁽²⁵⁾⁽²⁶⁾

En la práctica sanitaria, se utiliza como vía de comunicación la entrevista clínica, donde con preguntas claves se conoce como se siente el paciente o

qué le preocupa. ⁽¹⁷⁾ Al ser el dolor una experiencia subjetiva difícilmente valorable, adquiere relevancia la obtención de información a partir de datos del paciente y la realización de cuestionarios.

En las Unidades del Dolor se sigue un protocolo de actuación, normalmente compuesto de la realización de un cuestionario de dolor, seguido de la entrevista clínica, la medición de las escalas del dolor, la exploración clínica y por último la evaluación psicológica. ⁽²⁷⁾

Aunque todavía, en muchos casos, se hace referencia solo a la afección física sin incluir la dimensión psicológica del dolor, lo que supone un gran error. Ésta última se evalúa con la entrevista al paciente, obteniendo datos de la observación de las conductas de dolor (expresiones faciales, cambios posturales, reflejos...) y del estado emocional. Pueden interferir factores anímicos como el miedo, la angustia, el estrés o la depresión, ocasionados como consecuencia de un dolor crónico de larga duración. ⁽²⁸⁾

En la intervención psicológica, la Terapia Cognitivo-Conductual puede resultar de gran utilidad. Se trata de una psicoterapia que utiliza técnicas de reestructuración cognitiva para lograr modificar los aspectos desadaptativos de la experiencia del dolor y que, de esta forma, las personas aprendan a predecir eventos futuros basándose en experiencias previas. Tiene como objetivo ayudar a los pacientes a explorar sus sentimientos y a comprender como éstos afectan a su conducta, estimulando la modificación de pensamientos catastróficos, creencias negativas y conductas que tienden a aumentar el dolor. ⁽²⁹⁾

Por último, la entrevista a los cuidadores y miembros de la familia aporta una valiosa información que puede contrastar y ampliar los datos aportados por el paciente en relación a su dolor. ⁽²⁸⁾ Aunque, en ocasiones, la relación paciente-cuidador puede suponer una barrera, bien por discrepancias en las creencias sobre el dolor o bien por la tensión y estrés a la que están sometidos en ocasiones; esto puede provocar fallos en el cuidado del paciente o insatisfacción de éste. Por ello, es importante incluirlos en la valoración de las necesidades y en los distintos análisis y entrevistas. ⁽³⁰⁾

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

- Mejorar la comunicación enfermera-paciente, con el fin de recoger más información y así optimizar la valoración del dolor.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

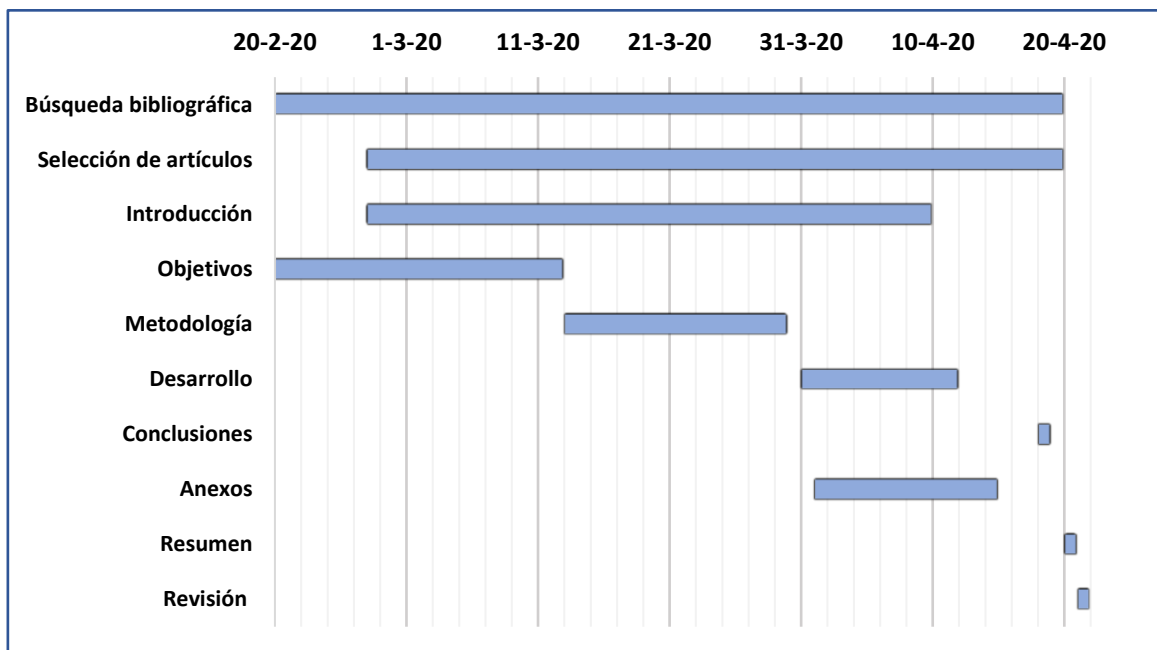
- Proporcionar herramientas al personal de enfermería para optimizar la comunicación con el paciente en la valoración y manejo de su dolor.
- Entrenar el uso de las escalas del dolor en el proceso de comunicación terapéutica.
- Impartir sesiones de formación sobre la comunicación en el abordaje del dolor.

4. METODOLOGÍA

En este apartado se va a desarrollar la metodología; entendida como una serie de métodos y técnicas con un rigor científico que se aplica sistemáticamente durante este trabajo fin de grado.

4.1 Diagrama de Gantt

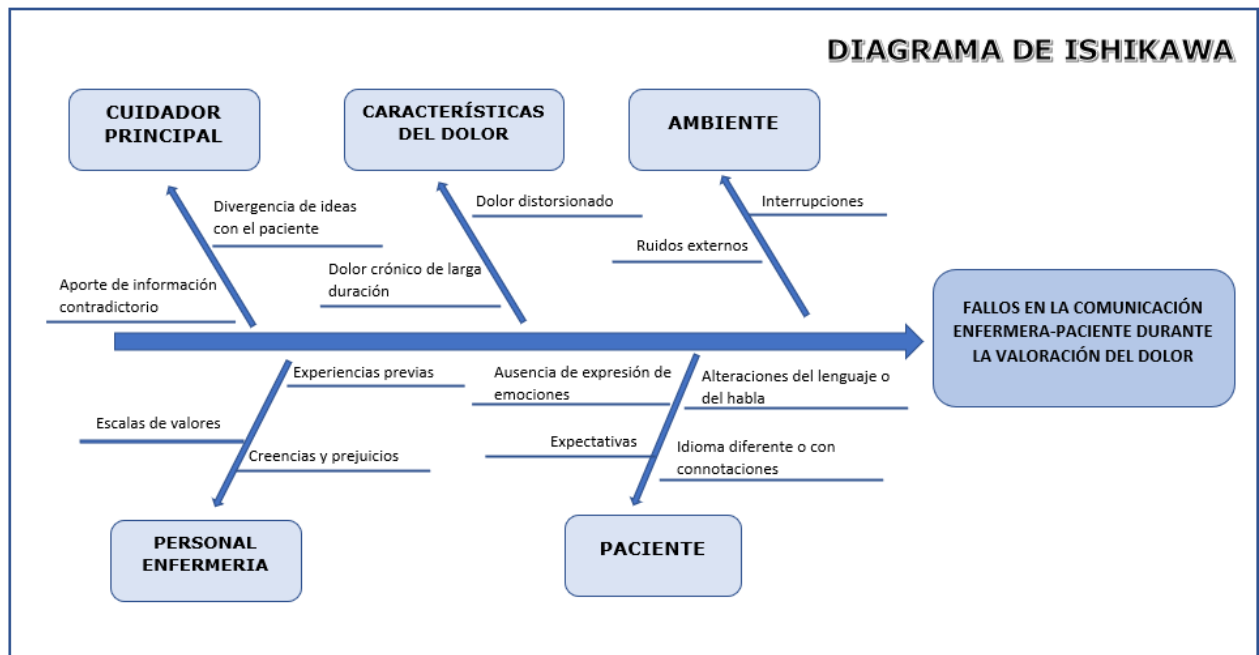
GRÁFICO Nº1. Diagrama de Gantt



FUENTE: Elaboración propia

4.2 Diagrama de Ishikawa

GRÁFICO N°2. Diagrama de Ishikawa



FUENTE: Elaboración propia

4.3 Estrategia de búsqueda

La búsqueda bibliográfica se ha fundamentado en las siguientes bases de datos: Scielo, Science Direct, Alcorce, Cuiden y Pubmed. Pero han sido también de utilidad otras revisiones, basadas en revistas, libros y páginas webs de diferentes ámbitos sanitarios.

Para centralizar la búsqueda, se han utilizado una serie de palabras clave: dolor, enfermería, valoración del dolor, barreras de comunicación y manejo del dolor.

Se han considerado como criterios de inclusión que la referencia al dolor fuera de forma generalizada, que los artículos mostraran el texto completo y que fueran únicamente en español o en inglés. En cambio, como criterios de exclusión se encuentran las referencias al dolor pediátrico o debido a alguna patología concreta y los artículos sin texto completo o en idiomas diferentes al español e inglés.

TABLA N°1. Resumen de la estrategia de búsqueda

Bases de datos	Palabras clave	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión	Artículos encontrados	Artículos leídos	Artículos utilizados
Scielo	Dolor	Artículos completos	Artículos sin texto completo	50	20	6
Science Direct	Enfermería			97	10	1
Pubmed	Valoración del dolor	Dolor general	Patología concreta	50	4	1
Cuiden	Barreras de comunicación		Dolor pediátrico	35	5	0
Alcorce	Manejo del dolor		Artículos en español o inglés	Artículos en otros idiomas	70	3
TOTAL:				302	42	8

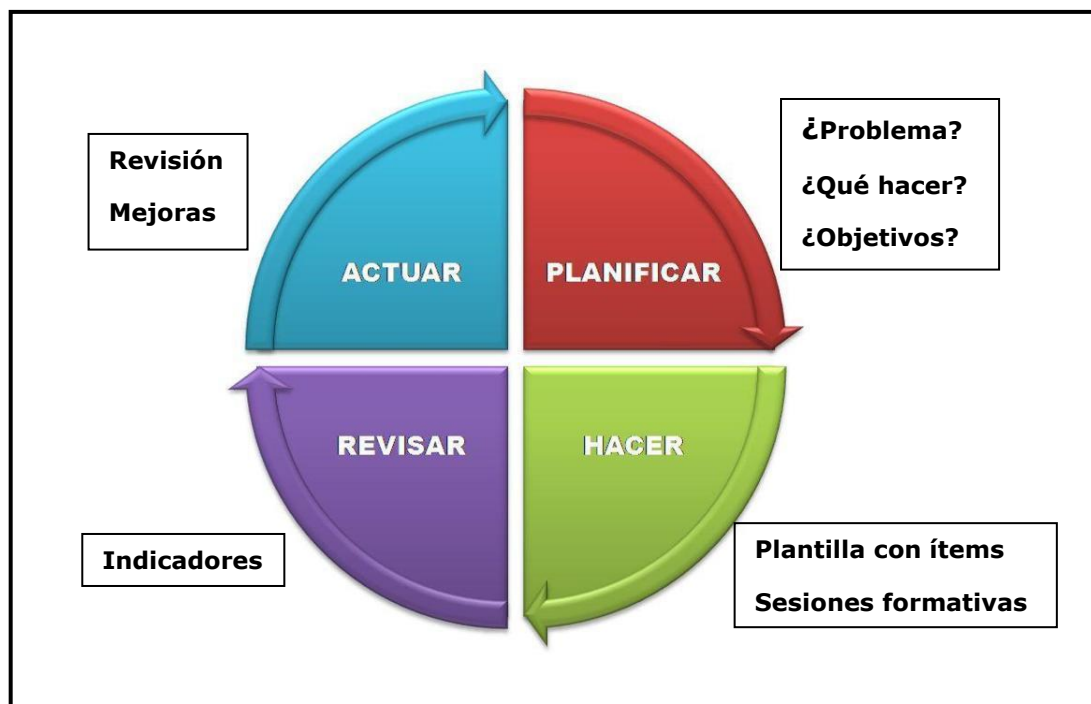
TABLA Nº2. Revistas, libros y páginas web

REVISTAS, LIBROS Y PÁGINAS WEB	
Revistas	Revista Sociedad Española del Dolor
	Revista de Psicopatología y Psicología Clínica
	Revista científica "Conecta Libertad"
	Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social
	Revista Española de Comunicación en Salud
Libros	Técnicas de comunicación para profesionales de enfermería
	Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud
Páginas oficiales	Dirección web
Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP)	https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Pain
Elsevier	https://www.elsevier.com/es-es
Código Deontológico de Enfermería	https://www.colegioenfermeriamalaga.com/documentos/vu/Codigo_Deontologico.pdf
Dolor.com	https://www.dolor.com/dolor-historia-civilizaciones-antiguas.html
Facultad de Ciencias Médicas "Mariana Grajales Coello"	http://www.cocmed.sld.cu/no72/n72ori7.htm
Universidad de Murcia	https://revistas.um.es/eglobal/article/view/912
Universidad de Cantabria (OpenCourseWare)	https://ocw.unican.es/course/view.php?id=132
Universidad de Valladolid	http://www.uva.es/export/sites/uva/
Repositorio Universidad de Alicante	http://rua.ua.es/dspace/
Biblioteca Universidad de Zaragoza	https://biblioteca.unizar.es/

4.4 Diseño del estudio

El diseño del plan de mejora está basado en un proceso de mejora continua, perteneciente a un ciclo de calidad. En este caso se ha utilizado el ciclo de calidad de Deming, siguiendo sus cuatro etapas; planificar (plan), hacer (do), verificar (check) y actuar (act). En el apartado "Plan" se analiza el problema encontrado, estableciendo unos objetivos a cumplir. A continuación, en "Do" se ejecutan los cambios propuestos. El "Check" se trata de la evaluación de los cambios producidos. Y finalmente, en "Act" se hace una revisión del plan y en caso necesario se establecen mejoras para llegar a los objetivos establecidos. ⁽³¹⁾

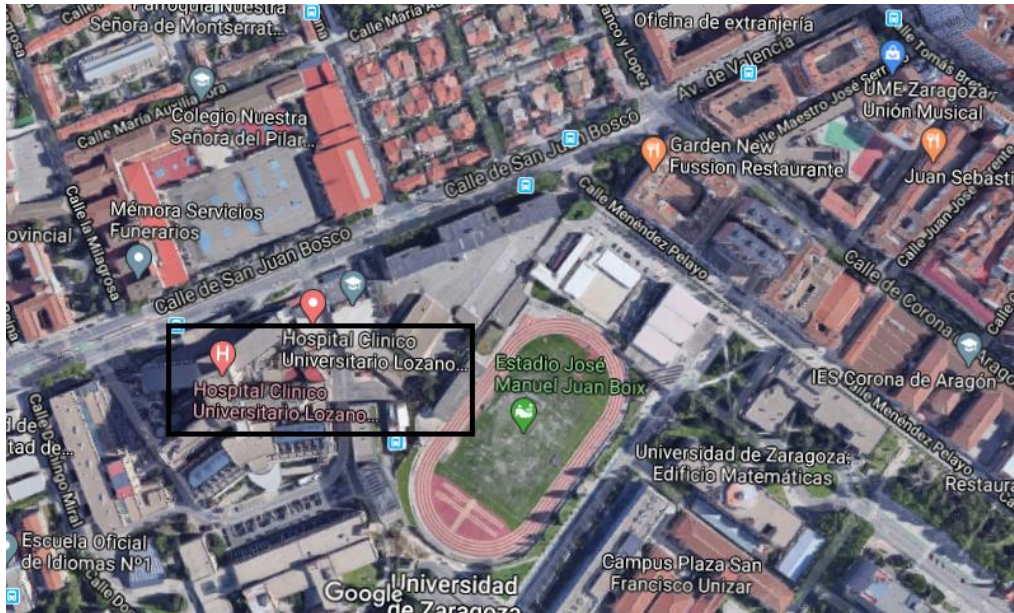
GRÁFICO N°3. Ciclo de Deming



FUENTE: <https://metodoss.com/metodologia-pdca-ciclo-shewhart-deming/>

4.4.1 Ámbito de aplicación

El ámbito de actuación se centra en el Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" situado en la ciudad de Zaragoza (España).



FUENTE: <https://www.google.com/maps/@41.6444079,-0.9048845,756m/data=!3m1!1e3>

Cuenta con un marco asistencial de 808 camas y pertenece al sector sanitario Zaragoza III del Servicio Aragonés de Salud, (Aragón, España).

El plan de mejora se desarrollará en el mes de febrero de 2021 debido a que es un mes en el que no hay festivos señalados ni suele ser época vacacional. De esta forma se intenta garantizar que la plantilla de personal fijo esté lo más completa posible.

4.4.2 Población diana

El plan de mejora se realiza en la Unidad del Dolor del Hospital Clínico de Zaragoza, situada en la planta 0 (planta cero). Se integran en el estudio a los usuarios con dieciocho años o más, que muestren algún tipo de dolor generalizado, tanto crónico como agudo (incluyendo a las personas que presenten dificultades para poder establecer una buena comunicación con su enfermera). No están incluidos en el análisis aquellos pacientes ingresados por diagnóstico oncológico o traumatológico puesto que estas afecciones requieren unos cuidados más concretos y especializados.

TABLA N°3 Pacientes incluidos y excluidos en el plan de mejora

PACIENTES INCLUIDOS	PACIENTES EXCLUIDOS
<ul style="list-style-type: none"> - Dolor general, crónico o agudo. - 18 años o más. - Dificultades comunicativas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes oncológicos. - Pacientes traumatológicos.

FUENTE: Elaboración propia

El plan de mejora se realiza con enfermeras graduadas, (principalmente diplomadas universitarias en enfermería), que cuenten con un contrato de personal fijo, pero con varios años de experiencia en la materia para poder aportar suficientes conocimientos; excluyendo así a los profesionales con un contrato eventual o de sustitución. De esta forma se estrecha el círculo de acción para poder crear un plan de mejora con más garantías.

TABLA N°4. Enfermeras incluidas y excluidas en el plan de mejora

PERSONAL INCLUIDO	PERSONAL EXCLUIDO
<ul style="list-style-type: none"> - Contrato personal fijo con experiencia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Contrato eventual. - Contrato de sustitución. - Contrato personal fijo sin experiencia.

FUENTE: Elaboración propia

4.4.3 Instrumentos para implantar el plan de mejora

Para conseguir el objetivo general, se deben aportar diferentes medidas marcadas en los objetivos específicos.

Como norma técnica para garantizar la calidad del plan, se proporcionará como herramienta de trabajo una plantilla con aspectos relevantes en la valoración del dolor del paciente. De esta forma se evita la posible omisión de información necesaria en la comunicación terapéutica.

Aquí se pueden introducir las escalas del dolor, como método habitual de evaluación, con el fin de entrenar su inclusión en el proceso comunicativo.

(Anexo I)

Además, se impartirán sesiones formativas sobre cómo comunicarse con el paciente en la valoración de su dolor. Constarán de diferentes talleres y dinámicas de grupo que aporten iniciativas en la comunicación enfermera-paciente.

En cuanto a los recursos materiales, se detallan más adelante junto con su respectivo coste económico en la Tabla nº9. Además, como indicador económico, hay que tener en cuenta el costo oportunidad. La participación en las sesiones por parte de las enfermeras, supone una inversión de su tiempo, es decir, todo el tiempo que dedican a estas tareas lo pierden en sus cometidos correspondientes y esto supone un esfuerzo para reorganizar su tiempo.

4.4.4 Conflicto de intereses

No se han encontrado conflictos de intereses. A pesar del apoyo que supone la Unidad de Dolor, no ha habido intervenciones en el plan por parte de otros colectivos.

5. DESARROLLO

5.1 PLAN

¿Cuál es el problema?

En ocasiones, no se tiene en cuenta la relación interpersonal que se debe establecer con el paciente; por ello existe la necesidad de concienciar sobre la importancia de la comunicación terapéutica en la valoración del dolor.

¿Cuáles son los beneficios esperados con este plan?

Para el personal de enfermería supone una mejora de su práctica asistencial añadiendo herramientas y conocimientos que aporten una mayor calidad comunicativa.

Desde el punto de vista del paciente, conllevaría al aumento de su satisfacción. El hecho de que la enfermera establezca una buena comunicación, favorece que el paciente se exprese y que el manejo de su dolor se produzca de forma más eficaz.

¿Qué vamos a hacer?

Optimizar la relación terapéutica enfermera-paciente mediante la aportación de medidas comunicativas que permitan un desarrollo de la valoración del dolor.

¿Por qué lo vamos a hacer?

En base a la revisión bibliográfica realizada sobre la dinámica habitual de valoración del dolor, se ha observado que no suele incluir la importancia de la comunicación enferma-paciente; siendo un aspecto esencial para que éste último se exprese y poder llegar a un entendimiento mutuo.

¿Cómo lo queremos lograr?

- Mediante la elaboración de una plantilla que contenga toda la información relevante en el proceso comunicativo, así como las escalas del dolor necesarias.
- Con la creación de sesiones formativas que aporten herramientas para comunicarse con el paciente.

5.2 DO

5.2.1 Evaluación de conocimientos previa a las sesiones

Previo al comienzo de las sesiones formativas, se entregará a los participantes una prueba escrita que deberán completar según sus conocimientos acerca de la comunicación en la valoración del dolor. (Anexo II)

El cometido de esta prueba es valorar los conocimientos de las enfermeras sobre los temas a tratar. Una vez finalizadas las sesiones, se repetirá la prueba para comprobar si han mejorado sus competencias y determinar la efectividad del plan.

5.2.2 Sesiones formativas a realizar

En la primera sesión, se realizará un recordatorio de conceptos sobre la comunicación en el ámbito sanitario, para después centrarse en su uso en la valoración del dolor. Se expondrán recomendaciones y pautas que pueden ser de utilidad en la entrevista clínica. La sesión será impartida por una enfermera experta en comunicación sanitaria y después se unirá otra con conocimientos avanzados sobre la valoración del dolor.

TABLA Nº5. Descripción de la primera sesión

PRIMERA SESIÓN: COMUNICACIÓN EN EL DOLOR			
HORARIO	PROFESIONAL QUE PARTICIPA	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
10:00-10:15 H	Enfermera experta en comunicación sanitaria. Enfermera con conocimientos en valoración de dolor.	Presentación y resumen del contenido de la sesión.	Se presentará a las profesionales invitadas y éstas explicarán en que va a consistir la sesión.
10:15-11:15 H	Enfermera experta en comunicación sanitaria.	Charla sobre comunicación en salud.	Se explicarán términos y conceptos sobre la comunicación en el ámbito sanitario y técnicas comunicativas útiles en la relación terapéutica enfermera-paciente.
11:15-12:15 H	Enfermera con conocimientos en valoración del dolor.	Charla sobre valoración del dolor e incorporación de la comunicación en el proceso.	Se expondrán pautas y consejos para conseguir una valoración del dolor óptima, así como para entender como lo expresa el paciente; todo ello desde la experiencia profesional.
12:15-13:30 H	Enfermera experta en comunicación sanitaria. Enfermera con conocimientos en valoración de dolor.	Conclusión y cierre de la sesión.	Ambas enfermeras unirán sus exposiciones para hacer una conclusión con todos los conceptos; dando espacio a preguntas y dudas por parte de los asistentes.

La siguiente sesión se basará en la realización de talleres y dinámicas de grupo. En primer lugar, se llevará a cabo un taller de resolución de conflictos basado en un juego de rol, en el que los asistentes asumirán el papel de enfermera y de paciente. Imaginarán que se encuentran en una situación conflictiva donde la enfermera deberá utilizar técnicas como la escucha reflectiva para resolver el problema.

La escucha reflectiva es una manera de parafrasear y repetirle a quien habla lo que ha dicho. Esto le permite al interlocutor, en este caso, a la enfermera, afirmar o corregir su percepción e identificar lo que piensa y siente el paciente en la situación de conflicto. Se usan frases como "en otras palabras..." o "Parece que te sientes ... porque..." para clarificar la situación e intentar que el paciente reflexione. ⁽³²⁾

TABLA Nº6. Descripción de la segunda sesión (parte I)

SEGUNDA SESIÓN (PARTE I): TALLER DE RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS			
HORARIO	PROFESIONAL QUE PARTICIPA	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
9:00-9:15 H	Enfermera responsable de la realización de la actividad.	Presentación del contenido del taller.	Se explicarán los pasos del taller y el objetivo de éste.
9:15-10:00 H	Enfermera responsable de la realización de la actividad.	Exposición de conceptos útiles para la realización del taller: Escucha reflectiva.	Se desarrollará el concepto de escucha reflectiva como idea de técnica para resolver conflictos.
10:00-12:00 H	Enfermera responsable de la realización de la actividad.	Juego de rol sobre una situación conflictiva enfermera-paciente.	Se realizará el juego de rol por parejas, con los papeles de enfermera y paciente. La enfermera deberá resolver el conflicto utilizando técnicas como la escucha reflectiva. Después se intercambiarán los papeles.
12:00-12:30 H	DESCANSO		

A continuación, siguiendo el método Phillips 66, se creará una dinámica de grupo que permite la participación activa de todos los asistentes. Consiste en dividir al grupo completo en subgrupos de seis personas. El tema a tratar será la comunicación no verbal y su aplicación en la valoración del dolor. Una vez finalizada la discusión, se realizará una síntesis de todos los datos presentados por cada subgrupo y se elaborará un resumen general. (33)

TABLA N°7. Descripción de la segunda sesión (parte II)

SEGUNDA SESIÓN (PARTE II): DINÁMICA DE GRUPO PHILLIPS 66			
HORARIO	PROFESIONAL QUE PARTICIPA	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
12:30-13:00 H	Enfermera responsable de la realización de la actividad.	Presentación de la dinámica de grupo: método Phillips 66.	Se darán explicaciones de en qué consiste la dinámica de grupo y como se va a desarrollar. El tema a tratar será la comunicación no verbal y su aplicación en la valoración del dolor.
13:00-13:30 H	Enfermera responsable de la realización de la actividad.	Desarrollo de la dinámica de grupo.	Cada subgrupo de 6 personas aportará sus ideas sobre el tema. A los 6 minutos, un representante las expondrá al grupo completo.
13:30-14:30 H	Enfermera responsable de la realización de la actividad.	Elaboración de un resumen general.	Una vez obtenidos los datos de cada subgrupo, se realizará una síntesis para elaborar un resumen general.
14:30-15:00 H	Enfermera responsable de la realización de la actividad.	Dudas, preguntas y cierre de la sesión.	Después de la adquisición de todos los conocimientos a lo largo de la sesión, los asistentes tendrán un espacio para comentarios, dudas y preguntas.

La última sesión consistirá en un entrenamiento de validación emocional. Una enfermera experta en comunicación terapéutica, impartirá una sesión formativa que aporte herramientas para transmitir la aceptación y comprensión de las emociones del paciente, donde la escucha activa y la empatía cobrarán importancia. Una vez finalizada la formación, se iniciará una parte práctica.

Se finalizará con un coloquio en el que los asistentes pondrán en común sus experiencias a modo de conclusión.

TABLA Nº8. Descripción de la tercera sesión

TERCERA SESIÓN: ENTRENAMIENTO DE LA VALIDACIÓN EMOCIONAL			
HORARIO	PROFESIONAL QUE PARTICIPA	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
10:00-10:15 H	Enfermera experta en comunicación terapéutica.	Presentación del contenido de la sesión.	Se presentará la profesional invitada y explicará en que va a consistir la sesión. Se realizará una charla formativa y a continuación una actividad práctica para asimilar conocimientos.
10:15-12:00H	Enfermera experta en comunicación terapéutica.	Charla sobre validación emocional. Explicación de la utilidad de herramientas como la escucha activa y la empatía.	Se expondrá el tema de validación emocional y su importancia en la comunicación terapéutica. Además, se desarrollarán conceptos importantes como la escucha activa y la empatía.
12:00-13:00 H	Enfermera experta en comunicación terapéutica.	Realización de la actividad práctica.	Se realizará una actividad práctica para afianzar conocimientos. Se entregarán unas tarjetas con frases de validación emocional y otras con frases negativas. Tendrán que saber diferenciar cuáles son las positivas y cuáles no deben ser utilizadas en la relación terapéutica.
13:00-14:00 H	Enfermera experta en comunicación terapéutica.	Coloquio y conclusiones.	Para terminar, los asistentes, en un coloquio, pondrán en común sus experiencias con las emociones del paciente. De esta forma se reforzarán los conceptos aprendidos y se concluirá la sesión.

Al finalizar todas las sesiones, se les entregará una encuesta de satisfacción para que valoren la calidad de las sesiones. De esta forma se podrá comprobar si el plan es efectivo o es necesario mejorar algún aspecto.

(Anexo III)

5.2.3 Recursos y presupuesto del plan de mejora

Los materiales esenciales para la realización del plan, como son la sala donde se desarrollan las sesiones, el ordenador y proyector, han sido proporcionados por el Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa". A continuación, quedan detallados los recursos junto con su presupuesto.

TABLA Nº9. Recursos y presupuesto del plan de mejora

RECURSOS MATERIALES	PRECIO/HORA	CANTIDAD	COSTE TOTAL
Salón de actos HCULB *	100 €	1	100 €
Ordenador Windows *	30 €	1	30 €
Proyector *	30 €	1	30 €
Presentaciones Microsoft [®] PowerPoint [®]	0 €	3	0 €
REPROGRAFÍA	PRECIO UNIDAD	CANTIDAD	COSTE TOTAL
Hoja de trabajo-plantilla	0,04 €	100	4,00 €
Prueba de conocimientos	0,02 €	40	0,80 €
Encuesta de satisfacción	0,02 €	40	0,80 €
RECURSOS HUMANOS	PRECIO/HORA	HORAS	COSTE TOTAL
Enfermera experta en comunicación sanitaria **	10,33 €	3,5	36,16 €
Enfermera experta en dolor **	10,33 €	3,5	36,16 €
Enfermera experta en comunicación terapéutica **	10,33 €	4	41,32 €
COSTE TOTAL			279,23 €
COSTE SUBVENCIONADO *			160,00 €
COSTE FINAL			119,23 €

*Subvencionado por el Hospital Clínico de Zaragoza.

** (34)

5.3 CHECK

Para analizar el posible problema encontrado e identificar otros procesos susceptibles de mejora, se debe implantar un sistema de control y evaluación basado en indicadores de calidad que determinen la efectividad del plan de mejora.

En este caso, para objetivar las medidas aplicadas en este plan, se van a aplicar los siguientes indicadores de evaluación.

1. Indicador de estructura:

- Disponibilidad del salón de actos con un proyector proporcionado por el Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa".
- Cuantificar el número de butacas disponibles en la sala proporcionada por el Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa".

2. Indicador de proceso:

- Participación de las enfermeras de la Unidad del Dolor en el plan de mejora.

3. Indicador de resultado:

- Nivel de conocimientos adquiridos por parte de las enfermeras de la planta tras el plan de mejora.
- Grado de satisfacción de los asistentes tras la realización de las sesiones.

TABLA Nº10. Indicador de estructura I

PARÁMETROS	INDICADOR DE ESTRUCTURA I
INDICADOR	Disponibilidad de un salón de actos con ordenador y proyector proporcionados por el Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa".
DIMENSIÓN	Disponibilidad.
DESCRIPCIÓN	<u>Numerador</u> : Nº de salas con proyector en el Hospital Clínico. <u>Denominador</u> : Nº de salas totales. <u>Periodo de tiempo</u> : Durante la duración de las sesiones.
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se preguntará a la dirección del Hospital sobre la disponibilidad del salón de actos para la realización del plan de mejora.
JUSTIFICACIÓN	Es necesario saber el nº de salas que poseen proyector, ya que es un material fundamental para poder llevar a cabo las sesiones. Aunque se intentará que se desarrolle en el salón de actos por el espacio y el nº de butacas disponibles.
RESPONSABLE DE RECOGIDA	La persona responsable de la organización y coordinación de las sesiones.
FRECUENCIA DE RECOGIDA	Al inicio de la preparación del plan de mejora.
TIPO DE INDICADOR	Indicador de estructura.
FUENTE	La persona responsable de la organización del plan de mejora se encargará de evaluar y seleccionar las salas, observando si el salón de actos se adapta a las necesidades del plan.
ESTÁNDAR	El 80% de las aulas deberían tener un proyector.

TABLA N°11. Indicador de estructura II

PARÁMETROS	INDICADOR DE ESTRUCTURA II
INDICADOR	Cuantificar el número de butacas disponibles en la sala proporcionada por el Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa".
DIMENSIÓN	Disponibilidad.
DESCRIPCIÓN	<u>Numerador:</u> N° de butacas ocupadas en el aula por los asistentes. <u>Denominador:</u> N° de butacas disponibles en el aula. <u>Periodo de tiempo:</u> Durante las sesiones.
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se realizará un contaje del n° de butacas de la sala elegida una vez se haya aceptado realizar el plan de mejora.
JUSTIFICACIÓN	Es fundamental contar con el mayor n° de butacas posibles ya que se espera una participación elevada por parte de las enfermeras de la planta.
RESPONSABLE DE RECOGIDA	La persona responsable de la organización y coordinación de las sesiones.
FRECUENCIA DE RECOGIDA	Al inicio de la preparación del plan de mejora.
TIPO DE INDICADOR	Indicador de estructura.
FUENTE	La persona responsable de la organización del plan de mejora se encargará de evaluar y seleccionar las salas, observando si el salón de actos se adapta a las necesidades del plan.
ESTÁNDAR	El 70% de las butacas deberían estar ocupadas.

TABLA Nº12. Indicador de proceso

PARÁMETROS	INDICADOR DE PROCESO
INDICADOR	Participación de las enfermeras de la Unidad del Dolor del Hospital Clínico.
DIMENSIÓN	Participación.
DESCRIPCIÓN	<u>Numerador:</u> Nº de enfermeras de la planta que se apuntan a las sesiones. <u>Denominador:</u> Nº total de enfermeras de la planta. <u>Periodo de tiempo:</u> Al finalizar la totalidad de las sesiones.
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se explicará la relevancia de asistir a las sesiones para aumentar los conocimientos sobre la materia impartida. Además, se informará de que la asistencia es voluntaria, pero recomendable para su formación como profesionales de la salud.
JUSTIFICACIÓN	Es importante la realización de este indicador para poder valorar el interés que tienen las enfermeras de la planta por formarse en los temas a tratar en las sesiones.
RESPONSABLE DE RECOGIDA	La persona responsable de la organización y coordinación de las sesiones.
FRECUENCIA DE RECOGIDA	Al finalizar las sesiones.
TIPO DE INDICADOR	Indicador de proceso.
FUENTE	La persona responsable de la organización del plan de mejora se encargará de recoger los datos personales de los participantes.
ESTÁNDAR	Se espera al menos un 80 % de participación por parte de los asistentes a las sesiones.

TABLA Nº13. Indicador de resultado I

PARÁMETROS	INDICADOR DE RESULTADO I
INDICADOR	Nivel de conocimientos adquiridos por parte de las enfermeras de la planta tras el plan de mejora.
DIMENSIÓN	Eficacia.
DESCRIPCIÓN	<u>Numerador</u> : Nivel de conocimientos de las enfermeras al inicio del plan. <u>Denominador</u> : Nivel de conocimientos de las enfermeras al final del plan. <u>Periodo de tiempo</u> : Al inicio y tras la finalización de las sesiones.
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se valorarán los conocimientos de los asistentes mediante una prueba escrita realizada al inicio y al final del plan de mejora. Si los resultados de las pruebas realizadas tras las sesiones formativas son satisfactorios, significará que el plan de mejora ha sido efectivo.
JUSTIFICACIÓN	Se llevará a cabo el plan de mejora para conseguir aumentar los conocimientos de las enfermeras de la planta a cerca de la comunicación en la valoración del dolor.
RESPONSABLE DE RECOGIDA	La persona responsable de la organización y coordinación de las sesiones.
FRECUENCIA DE RECOGIDA	Antes y después de la realización del plan de mejora.
TIPO DE INDICADOR	Indicador de resultado.
FUENTE	La persona responsable de la organización del plan de mejora se encargará de realizar y evaluar las pruebas escritas que se administrarán a las enfermeras antes y después de la realización de las sesiones.
ESTÁNDAR	Se espera un incremento del 50% de aciertos en las pruebas escritas finales, lo que supondría un aumento de conocimientos tras finalizar el plan de mejora.

TABLA N°14 Indicador de resultado II

PARÁMETROS	INDICADOR DE RESULTADO II
INDICADOR	Grado de satisfacción de los asistentes tras la realización de las sesiones.
DIMENSIÓN	Eficacia.
DESCRIPCIÓN	<u>Numerador</u> : N° de enfermeras satisfechas con las sesiones. <u>Denominador</u> : N° total de enfermeras que han participado en el plan. <u>Periodo de tiempo</u> : Al finalizar todas las sesiones.
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Para valorar la satisfacción de los asistentes tras las sesiones formativas realizadas, se les facilitará al finalizar la última sesión, un cuestionario donde evaluarán la calidad del plan.
JUSTIFICACIÓN	Es importante tener en cuenta la satisfacción de los usuarios, puesto que proporciona información sobre si el plan de mejora es productivo o hay que realizar alguna mejora.
RESPONSABLE DE RECOGIDA	La persona responsable de la organización y coordinación de las sesiones.
FRECUENCIA DE RECOGIDA	Al finalizar el plan de mejora.
TIPO DE INDICADOR	Indicador de resultado.
FUENTE	La persona responsable de la organización del plan de mejora se encargará de repartir una encuesta de satisfacción a todos los asistentes.
ESTÁNDAR	Se espera un grado de satisfacción superior al 90% por parte de los participantes.

5.4 ACT

Una vez obtenidos todos los datos, se analizarán los resultados en base al cumplimiento de los objetivos específicos; considerándose positivos cuando se hayan llevado a cabo las actuaciones planificadas de forma satisfactoria.

Se valorará si el uso de la plantilla de trabajo por parte de las enfermeras de la planta ha reforzado la dinámica de valoración del dolor.

En cuanto a la impartición de las sesiones formativas, se observará si se ha originado un incremento de conocimientos por parte de las enfermeras asistentes.

Todo ello, supondría la consecución del objetivo general, y, por tanto, la mejoría del proceso comunicativo en la valoración del dolor del paciente. De esta forma, se tendría en cuenta la incorporación de las acciones de mejora en la Unidad del Dolor del Hospital Clínico de Zaragoza; en cambio, si los resultados han sido negativos o insuficientes, se realizará una reevaluación de todo el proceso para poder hallar las causas del problema e implantar mejoras que favorezcan la ejecución de los objetivos.

6. CONCLUSIONES

1. La finalidad de este plan de mejora es optimizar la comunicación enfermera-paciente, y de esta forma obtener datos relevantes para realizar una valoración del dolor mucho más completa.
2. El personal de enfermería debe formarse en el correcto uso de las herramientas comunicativas para establecer una relación terapéutica que permita una atención integral del paciente.
3. La comunicación tiene que ser clara, sencilla, concreta y adaptada a la situación de cada paciente, evitando la aparición de barreras comunicativas que puedan interferir en la evaluación clínica.
4. A través de la realización de actividades y dinámicas de grupo se pretende una mejora de las habilidades comunicativas; siendo notable la realización de un taller de resolución de conflictos, así como un entrenamiento de la validación emocional.
5. Finalmente, se procurará que dichas acciones de mejora, si se corresponden con los objetivos establecidos, puedan ser aplicadas en la Unidad del Dolor del Hospital Clínico de Zaragoza, enriqueciendo así su dinámica de trabajo habitual.

7. ANEXOS

ANEXO I. HOJA DE TRABAJO

La ficha de valoración del dolor tiene objetivo servir de herramienta de trabajo para las enfermeras de la Unidad del Dolor.

Consta de dos partes, una de ellas, formada por las escalas de dolor que se deben responder en la evaluación del paciente. Habitualmente, se usa la escala visual analógica (EVA), ya que suele resultar fácil de aplicar. El paciente debe cuantificar la intensidad de su dolor del 1 al 10, siendo el 0 la ausencia de dolor y el 10 un dolor inimaginable. Por otra parte, la ficha consta de una escala alternativa para aquellos pacientes que presenten algún tipo de dificultad y no puedan responder con claridad a la escala EVA. Se trata de la escala de la expresión facial de Wong-Baker. A cada rostro se le asigna una puntuación y el paciente elegirá el que mejor se corresponda con su estado físico. ⁽³⁵⁾⁽³⁶⁾

Por otro lado, la plantilla consta de una serie de preguntas y cuestiones que la enfermera debe completar con la entrevista clínica. Se trata de conceptos tanto físicos en relación al dolor, como emocionales y comunicativos; atendiendo al paciente de un modo biopsicosocial y compaginando la comunicación terapéutica con la valoración del dolor.

FICHA DE VALORACIÓN DEL DOLOR

UNIDAD DEL DOLOR, HCULB

¿Cómo se siente el paciente ?

Emociones expresadas por el paciente

¿Cómo refiere su dolor ?

Características del dolor

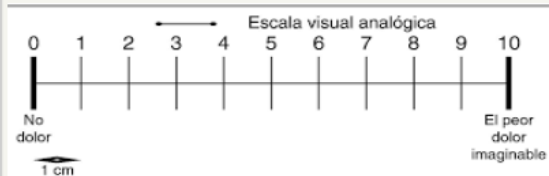
Conductas de dolor observadas
(expresión facial, postura, reflejos...)

Dificultades comunicativas percibidas

¿Presenta dificultades sensoriales?

¿Interferencias en la entrevista clínica
a tener en cuenta?

ESCALA DEL DOLOR



* ALTERNATIVA DE ESCALA DEL DOLOR PARA PACIENTES CON DIFICULTADES COMUNICATIVAS *

Escala de caras de Wong-Baker: elija la cara que mejor describe la manera de como se siente.



0: no dolor; 2: dolor leve; 4-6: dolor moderado;
8: dolor intenso; 10: máximo dolor imaginable

OBSERVACIONES

FUENTE: Elaboración propia

ANEXO II. PRUEBA DE CONOCIMIENTOS



PRUEBA DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA COMUNICACIÓN EN LA VALORACIÓN DEL DOLOR

NOMBRE Y APELLIDOS:

(Conteste a las preguntas expuestas a continuación según sus conocimientos sobre la materia)

1. ¿Cómo cree que afecta la comunicación a la relación con el paciente?.
2. ¿Qué aspectos considera importantes a la hora de comunicarse con el paciente?.
3. Cite 4 características comunicativas que considere necesarias para la entrevista clínica.
4. ¿Cómo cree que podría mejorar la comunicación con el paciente en caso de que vea que éste no comprende lo que le pide?.

5. ¿Con qué tipo de pacientes cree que es más difícil establecer una relación terapéutica?

6. ¿Qué tiene en cuenta cuando valora el dolor?

7. ¿Qué herramientas utiliza para valorar el dolor?

8. ¿Qué factores cree que pueden interferir en la valoración del dolor?

9. ¿Qué problemas considera que pueden surgir en la valoración del dolor?

10. En una situación en la que el paciente no quiere expresarse o no puede, ¿cómo actuaría?

FUENTE: Elaboración propia

ANEXO III. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

Puntúe del 1 al 4 las siguientes afirmaciones; siendo el 1 "en desacuerdo", el 2 "parcialmente de acuerdo", el 3 "de acuerdo" y el 4 "totalmente de acuerdo".

1.- He logrado aumentar mis conocimientos gracias a la información aportada.	1	2	3	4
2.- El lugar para la realización de las sesiones me ha resultado amplio, luminoso y adaptado correctamente a las necesidades.	1	2	3	4
3.- Los recursos utilizados son suficientes y apropiados para el plan.	1	2	3	4
4.- El personal de enfermería encargado del programa ha sido correcto y amable en todo momento.	1	2	3	4
5.- Las enfermeras ponentes han expuesto de forma clara, resolviendo todas las dudas.	1	2	3	4
6.- Los talleres y dinámicas de grupo me han resultado muy prácticos para mejorar mis competencias de una forma diferente y original.	1	2	3	4
7.- Considero que el tiempo y desarrollo de las sesiones ha sido adecuado .	1	2	3	4
8.- Recomiendo las actividades realizadas para otros planes de mejora.	1	2	3	4

COMENTARIOS Y SUGERENCIAS

FUENTE: Elaboración propia

8. BIBLIOGRAFÍA

1. International Association for the study of pain (IASP). Terminology - IASP [Internet]. [cited 2020 Apr 1]. Available from: <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Pain>
2. Rodríguez MJ. Valoración de la actitud terapéutica ante el paciente con dolor crónico en las Unidades de Dolor en España. Estudio STEP. Rev la Soc Española del Dolor [Internet]. 2006;13(8):525–32. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462006000800003
3. Enfoque psicológico y fisiológico del dolor agudo [Internet]. [cited 2020 Mar 21]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572003000300006
4. Pérez-Cajaraville J. Contestación a la réplica del artículo “El dolor y su tratamiento a través de la historia.” Rev la Soc Esp del Dolor [Internet]. 2006;13(3):186. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462005000600007
5. El dolor en la historia (I): Civilizaciones antiguas [Internet]. [cited 2020 Mar 10]. Available from: <https://www.dolor.com/dolor-historia-civilizaciones-antiguas.html>
6. Una Nueva Definición de “Dolor”: Un Imperativo de Nuestros Días [Internet]. [cited 2020 Mar 21]. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462006000200001&script=sci_arttext&tlng=pt
7. de-Vera-Reyes JA, Guerra-Palmero MJ, De-Vera-Reyes JA, Guerra-Palmero MJ. ¿Comprender el dolor del otro?: una aproximación filosófica a la experiencia del dolor crónico. Rev la Soc Española del Dolor [Internet]. 2018 [cited 2020 Mar 30];25(3):178–85. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462018000300178

8. Rojas AAP, Patricia K, Barreto C, Beltrán G, Enrique B, Osorio M. Conocimientos de enfermería: manejo del dolor. Nursing knowledge: pain management. Rev "Conecta Lib. 2018;2:26–35.
9. Cristina CM. El dolor. un cuidado. Enfermería Glob [Internet]. 2007;1–4. Available from: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/212>
10. Vallejo A. Valoración del dolor. Enfermería y dolor. Sesión HCULB.
11. Fernandez ML. Bases Históricas y Teóricas de la Enfermería. Open Course Ware [Internet]. 2011;(II):20. Available from: <https://ocw.unican.es/course/view.php?id=132>
12. Lic. Esther López Marure DRVL. la comunicación interpersonal en la relación enfermera paciente. Rev enfermería del IMSS [Internet]. 2002 [cited 2020 Mar 21];10(2):93–102. Available from: <http://www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/pdf/com.enf.pdf>
13. Torrec H. Comunicación enfermera/paciente:: reflexión sobre la relación de ayuda. Rev Española Comun en Salud [Internet]. 2011;2(1):55–61. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5825747>
14. van-der Hofstadt Román Carlos J. , Quiles Marcos Yolanda QSMJ. Técnicas de comunicación para profesionales de enfermería [Internet]. 1ª. Generalitat Valenciana, editor. 2006 [cited 2020 Mar 18]. Available from: <http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2014/11/Tecnicas-de-comunicacion-en-Enfermeria.pdf>
15. Cibanal Juan L, Arce Sánchez M del C, Carballal Balsa M del C. Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud [Internet]. [cited 2020 Mar 22]. 348 p. Available from: <https://www.elsevier.com/books/tecnicas-de-comunicacion-y-relacion-de-ayuda-en-ciencias-de-la-salud/cibanal-juan/978-84-9022-530-1>

16. Alférez Maldonado Almudena D. La comunicación en la relación de ayuda al paciente en enfermería: saber qué decir y qué hacer= Communication in the aid relationship to the nursing patient. Rev Española Comun en Salud [Internet]. 2012;3(2):147–57. Available from: <http://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/3379>
17. Almarales Pupo Bárbara. Barreras que afectan la comunicación médico - paciente.Hospital “Lucía Iñiguez Landín” [Internet]. 2002 [cited 2020 Mar 11]. Available from: <http://www.cocmed.sld.cu/no72/n72ori7.htm>
18. Eduardo JJ. Barreras de la comunicación en la atención de enfermería..Trabajo Fin de Grado. Estudiante : Eduardo Jiménez Jiménez Tutelado por : Juan Pablo Torres Andrés. Univ Valladolid [Internet]. 2016 [cited 2020 Mar 12]; Available from: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/24671/TFG-H940.pdf;jsessionid=ACD4C65453955C21CE224B1AE8DDEE6B?sequence=1>
19. Santos, C.C.V., Shiratori K. Comunicación no verbal : Su importancia en los cuidados de enfermería. Enfermería Glob [Internet]. 2008;1–9. Available from: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/912>
20. de Rezende R de C, de Oliveira RMP, de Araújo STC, Guimarães TCF, do Espírito Santo FH, Porto IS. Body language in health care: a contribution to nursing communication. Rev Bras Enferm [Internet]. 2015 May 1 [cited 2020 Mar 12];68(3). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26312521>
21. Ortega-López RM. Cultura del dolor, salud y enfermedad : percepción de enfermería, usuarios de salud y curanderos. Cult los Cuid Rev Enfermería y Humanidades [Internet]. 2006 [cited 2020 Mar 13];(19):63–72. Available from: <http://hdl.handle.net/10045/969>

22. Condori NM. Dimensión espiritual en el cuidado del paciente. *Cult los Cuid Rev Enfermería y Humanidades* [Internet]. 2019 Sep 21 [cited 2020 Mar 13];23(54):419. Available from: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/96339/1/CultCuid_54-419-420.pdf
23. Ramón-garcía R, Segura-sánchez MP, Palanca-cruz MM. Habilidades sociales en enfermería. El papel de la comunicación centrado en el familiar. *Social skills in Nursing. The role of family-centred communication. Rev Española Comun en Salud* [Internet]. 2016;3(1):49–61. Available from: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/3388>
24. Ruiz M. La comunicación como herramienta básica de enfermería. Trabajo Fin de Grado. Estudiante : Marta Ruiz Casado Tutelado por : Francisco José Navas Cámara. Univ Valladolid [Internet]. 2015; Available from: https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/13605/1/TFG-O567.pdf?fbclid=IwAR31ESY-rWHpL_Bv8LmJj5YxQelolpdDe04KQSQoO2NiGCw8tWnpId9hGII
25. Código deontológico de la enfermería española. [Internet]. [cited 2020 Mar 18]. Available from: https://www.colegioenfermeriamalaga.com/documentos/vu/Codigo_Deontologico.pdf
26. Consejo Internacional de enfermeras.(CIE). Código deontológico del CIE para la profesión de Enfermería. [Internet]. 2012 [cited 2020 Apr 5]. Available from: http://www.enfermerialeon.com/docs/comision_deo/CodigoCIE2012.pdf
27. José Cid C, Juan Pablo Acuña B, Javier de Andrés A, Luis Díaz J, Leticia Gómez-Caro A. ¿Qué y cómo evaluar al paciente con dolor crónico? evaluación del paciente con dolor crónico. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2014 Jul 1 [cited 2020 Mar 13];25(4):687–97. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864014700902>

28. Evaluación psicológica del dolor [Internet]. [cited 2020 Mar 13]. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742008000300004&script=sci_arttext&tlng=pt
29. Margarita González A. Dolor crónico y psicología: actualización. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2014 Jul 1 [cited 2020 Mar 12];25(4):610–7. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014700811?via%3Dihub>
30. Londoño Pérez C, Contreras F, Delgadillo G, Tobón S, Vinaccia S. Barreras para el manejo efectivo del dolor crónico. Rev Psicopatología y Psicol Clínica [Internet]. 2005;10(1):25–31. Available from: <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/3988/0>
31. Wang LR, Wang Y, Lou Y, Li Y, Zhang XG. The role of quality control circles in sustained improvement of medical quality. Springerplus [Internet]. 2013 Apr 2 [cited 2020 Mar 14];2(1):1–5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3639357/>
32. Escucha Reflectiva | DINÁMICAS GRUPALES [Internet]. [cited 2020 Apr 22]. Available from: <https://dinamicasgrupales.com.ar/tecnicas/resolucion-de-conflictos/escucha-reflectiva/>
33. Marcos FPU de S. Método phillips 66 [Internet]. [cited 2020 Apr 3]. Available from: <http://unmsm.tripod.com/grupos01.html>
34. Economía DDE, Empleo IY. RESOLUCIÓN de 29 de marzo de 2019, de la Directora General de Trabajo, por la que se dispone la inscripción en el registro, depósito y publicación del convenio colectivo del sector Establecimientos Sanitarios de Hospitalización y Asistencia Privada de Ara. 2020;9472–99. Available from: <http://www.boa.aragon.es/cgi-bin/EBOA/BRSCGI?CMD=VEROBJ&MLKOB=1068352484242&type=pdf>

35. Sáez López MP, Sánchez Hernández N, Jiménez Mola S, Alonso García N, Valverde García JA. Valoración del dolor en el anciano. Rev la Soc Esp del Dolor [Internet]. 2015;22(6):271–4. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462015000600008
36. Melzack R, Katz J, Jeans M. Escalas de valoración del dolor. Artículo [Internet]. 2012;LXVIII(527):1–5. Available from: <http://www.1aria.com/docs/sections/areaDolor/escalasValoracion/EscalasValoracionDolor.pdf>