



universidad
de león

TRABAJO FIN DE MÁSTER

*Del Máster Universitario de Investigación en
Ciencias SocioSanitarias*

Curso Académico 2015/2016

CREENCIAS Y ACTITUDES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE EL DOLOR EN PACIENTES CON ALZHEIMER

*Nurses´s Beliefs and Attitudes to Pain in
Alzheimer Patients*

Realizado por: Lucía Fernández Perandones
Tutorizado por: Ana Felicitas López Rodríguez

En León, a 9 de Septiembre de 2016

VºBº TUTOR/A: Ana Felicitas López Rodríguez

VºBºAUTOR/A: Lucía Fdez Perandones

SOLICITUD DE DEFENSA DEL TRABAJO FIN DE MÁSTER

Don/Doña: Lucía Fernández Perandones
DNI: 71670667- E

SOLICITA la lectura y defensa del Trabajo Fin de Máster titulado: [Escribir el título del documento]

Dirigido por: ANA FELICITAS LÓPEZ RODRÍGUEZ

León, a 7 de Septiembre de 2016

Vº Bº del Director/a TFM



Fdo. Ana Felicitas López Rodríguez

Fdo. El/La estudiante



Fdo. Lucía Fdez Perandones

Documentación que debe acompañar esta solicitud y ser entregada en el Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la Escuela Universitaria de Enfermería del Campus de Vegazana de la Universidad de León:

- Cuatro copias encuadradas, firmadas por el autor/a y con el visto bueno del Director/a del TFM.
- Un CD con un fichero pdf del TFM, denominándolo de la siguiente forma: año_nombre_apellido_código del máster.pdf.

SR./SRA. PRESIDENTE/A DE LA COMISIÓN ACADÉMICA DEL MÁSTER

ÍNDICE GENERAL

• Resumen	1
• <i>Abstract</i>	2
• Marco teórico	3
• Metodología	11
• Resultados	15
• Discusión	19
• Conclusiones	25
• Referencias bibliográficas	26
• Anexos	30

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo ha sido posible gracias a todos los que han colaborado de alguna manera para que mi esfuerzo haya merecido la pena:

A todos los profesionales sanitarios que han decidido participar en el estudio voluntaria y desinteresadamente.

A mi tutora y a todos los docentes que me han ayudado a llegar hasta donde estoy.

A mi familia y amigos que me han apoyado en todo momento de forma incondicional, gracias.

RESUMEN

Objetivo: Identificar las creencias y actitudes que tienen los profesionales de enfermería del ámbito geriátrico y de Atención Primaria (AP) sobre el dolor en los pacientes con Alzheimer y, conocer si existen diferencias entre ambas poblaciones.

Método: Estudio observacional transversal realizado en tres centros, una residencia geriátrica y dos de AP. En el estudio fueron incluidos 23 enfermeros gerontológicos y 27 enfermeros de AP. Se recogieron variables demográficas, laborales y el nivel de formación complementaria sobre el dolor. Para valorar las creencias y actitudes se utilizó el cuestionario *“Nursing staff knowledge and beliefs about pain in elderly nursing home residents with dementia”* de Zwakhalen *et al.* 2007.

Resultados: De los 50 cuestionarios entregados se han recogido cumplimentados el 70%. La media de edad es de 49,20 años y el rango de 24 a 62 años. El 68,6% tiene una experiencia laboral de más de 20 años. La muestra se compone de 33 mujeres y 2 hombres. El 34,3% de los profesionales mencionaron haber recibido formación específica sobre el manejo del dolor, un 88,2% consideran que no tienen los conocimientos adecuados sobre dicho tema y, el 57,1% refleja no disponer de recursos suficientes para la valoración correcta del dolor. Los resultados del estudio muestran diferencias estadísticamente significativas en las creencias sobre el dolor experimentado por los ancianos y en las creencias sobre el uso de la analgesia.

Conclusión: Los resultados confirman la hipótesis planteada de que los profesionales gerontológicos poseen creencias más acertadas que los enfermeros de AP.

ABSTRACT

Objective: To identify the beliefs and attitudes that the nurses of Geriatrics and Primary Care (PC) have about the pain in patients with Alzheimer Disease and to know if exist any difference between both groups.

Method: Observacional and cross curricular study that has been realized in an elderly nursery home and two PC. In the study they were included 23 gerontological nurses and 27 nurses PC. Demographic, labour and the level of complementary training on the pain variables were reflected. To value the beliefs and attitudes it was used the questionnaire "Nursing staff knowledge and beliefs about pain in elderly nursing home residents with dementia " by Zwakhalen *et al.* 2007.

Results: Of the 50 questionnaires delivered have been collected filled 70%. The average age is 49.20 years, range 24-62 years. 68.6% have a work experience of over 20 years. The sample consists of 33 women and 2 men. 34.3% of the professionals mentioned have received specific training on pain management, 88.2% consider that do not have adequate knowledge on the subject and 57.1% reflects not have sufficient resources for assessment correct pain. The study results show statistically significant differences in beliefs about the pain experienced by the elderly and beliefs about the use of analgesia.

Conclusion: The results confirm the hypothesis that the gerontological professionals have more successful than nurses PC beliefs.

PALABRAS CLAVE

Manejo del dolor, Dolor, Enfermedad de Alzheimer, Conocimientos de Enfermería, Demencia.

KEY WORDS

Managing of the pain, Alzheimer Disease, Nursing Knowledge, Dementia.

MARCO TEÓRICO

Actualmente, a nivel mundial, se estima que existen unos 36 millones de personas con demencia, situándose la Enfermedad de Alzheimer (EA) a la cabeza del origen de esta patología, suponiendo en torno a un 70% de los casos (Abanto & Fernández, 2015). En este momento, se calcula que el 5% de los mayores de 65 años tienen un diagnóstico de demencia, superando el 50% si se observa el grueso de población que está por encima de los 90 años (Weltgesundheitsorganisation & Alzheimer's Disease International, 2012). La tendencia demográfica de la sociedad actual apunta a que en las décadas venideras la población estará cada vez más envejecida, dando a su vez lugar a un incremento sustancial del número de individuos afectados por la Enfermedad de Alzheimer y, consecuentemente, al aumento del gasto sanitario generado por su atención y tratamiento (Libre Rodríguez, 2013). El dolor supone un reto en los pacientes con Demencia Tipo Alzheimer (DTA), especialmente, su tratamiento. La prevalencia del dolor y, en particular el dolor crónico, tiene un estrecho vínculo con la edad, es decir, existe una relación muy directa, pues se calcula una incidencia del 75% en la población más anciana, concretamente en los mayores de 85 años (Duncan *et al.*, 2011); por lo tanto, teniendo en cuenta ambas circunstancias clínicas, demencia y dolor, es muy probable que este último sea una dolencia común entre las personas con Demencia tipo Alzheimer. Sin embargo, el conocimiento actual es deficiente, lo que conduce con frecuencia a un tratamiento y una atención inadecuada (Rica Escuín & González Vaca, 2014).

La enfermedad de Alzheimer se trata de un trastorno neurodegenerativo, el cual es la causa más común de demencia. Se trata de una patología que tiene su debut en la edad adulta y conduce hacia un estado de incapacidad total, y finalmente a la muerte en un tiempo variable entre los 10 y los 20 años (Hebert, Weuve, Scherr, & Evans, 2013). Tras la última publicación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ª Edición) (DSM-V) la demencia se incluye dentro de los Trastornos Neurocognitivos, encasillados antes como Delirium, Demencia, Trastornos Amnésicos y otros Trastornos Cognoscitivos en el DSM-IV (Aliño, Association, & Miyar, 2008). La Demencia se define según los criterios DSM-V como un *“trastorno neurocognitivo que afecta a las funciones neurocognitivas, principalmente, a la memoria, la percepción y la resolución de problemas”* (American Psychiatric Association, 2014). Los síntomas de la demencia incluyen alteraciones del comportamiento (emocional o la personalidad), del lenguaje, de la percepción, la memoria y la alteración del juicio y el pensamiento (Association Psychiatric Association, 2014). La alteración debe ser suficientemente significativa como para interferir en las actividades sociales y laborales del sujeto, suponiendo un deterioro notable respecto a la situación previa del individuo. Respecto a la evolución de la patología, por el momento,

mientras no existan evidencias científicas que lo desdigan, se trata de un síndrome crónico, progresivo e irreversible, existiendo variables susceptibles a cada sujeto las cuales fluctúan en función del modo de inicio, la presencia de patologías subyacentes, la rapidez del diagnóstico, la disponibilidad de un tratamiento eficaz, etc. (Aliño *et al.*, 2008).

Actualmente, uno de los índices demográficos más utilizado es la Esperanza de Vida Libre de Incapacidad (EVLI). En éste, la demencia se encuentra entre la cuarta causa de años de vida perdidos por discapacidad, suponiendo un notable problema sociosanitario (Weltgesundheitsorganisation & Alzheimer's Disease International, 2012). En el Estudio EURODEM (Euro-Demencia) (Lobo, Saz, Marcos, Roy, & ZARADEMP, 2003) realizado en Europa sobre un total de 2.346 individuos con demencia de leve a moderada, se demostró que el 53,7% de los casos de demencia estaban originados por la enfermedad de Alzheimer. Asimismo, recabó otros datos interesantes como que la prevalencia es de un 4,4%, la cual aumenta con la edad y es mayor en hombres que en mujeres (Lobo *et al.*, 2003). Igualmente, las predicciones no avalan un futuro mejor, sino que se espera que para el año 2050 la prevalencia sea cuatro veces mayor (Hebert *et al.*, 2013). La incidencia de la DTA, al igual que la prevalencia se incrementa con el envejecimiento, y fluctúa entre 1-3 /1.000 personas año entre los 65 y 70 años, alcanzando 15-30/1.000 a partir de los 80 años de edad y, pudiendo llegar a 65/1.000 personas año a partir de los 95 años (Petersen *et al.*, 2001). Sin embargo, contradiciendo al estudio EURODEM, el estudio Framingham revela que la incidencia es mayor en el sexo femenino que en el masculino (Petersen *et al.*, 2001).

Conjuntamente a la pérdida de la memoria, que es el síntoma más popular de la DTA, se producen otra serie de alteraciones del comportamiento y del juicio, las cuales deben estar presentes a la hora de realizar un abordaje integral del paciente con Alzheimer (Holzer, Warner, & Iliffe, 2013). A raíz de la EA, van a surgir síntomas como la falta de atención, ausencia de destreza en habilidades aprendidas, apraxia, pérdida de las capacidades cognitivas etc. al mismo tiempo de una serie de trastornos psicológicos, alteraciones de la conducta y la pérdida del lenguaje y la capacidad de comunicación (Holzer *et al.*, 2013). Todos estos problemas reciben el nombre de Síntomas Psicológicos y Conductuales de la Demencia (SPCD) y son los que mayor repercusión tienen, sumados al deterioro físico, sobre la calidad de vida del paciente y de sus cuidadores, suponiendo en muchas ocasiones el punto de inflexión para la búsqueda de ayuda profesional e incluso la institucionalización del enfermo (Holzer *et al.*, 2013). Cuando los pacientes con Demencia tipo Alzheimer padecen dolor, en muchas ocasiones lo manifiestan a través de desasosiego y alteraciones inespecíficas del comportamiento; tanto es así, que se sospecha que el dolor pueda ser uno de los principales causantes de los SPCD (Corbett *et al.*, 2012). No obstante, la relación existente entre los SPCD y el dolor tiene una compleja demostración, pues la

sintomatología de los pacientes está sujeta a variaciones en función de la etapa de evolución de la enfermedad y de cada persona, teniendo como consecuencia unas amplias variaciones individuales (Cohen-Mansfield, Thein, Marx, & Dakheel-Ali, 2012). Al enfocar el problema del dolor en estos pacientes, se sabe que existen una serie de síntomas que surgen como resultado del mismo, como pueden ser la agresividad y la agitación, ambos muy agobiantes tanto para el paciente como para su cuidador, suponiendo en ocasiones la causa de la prescripción inadecuada de fármacos, no siempre orientados al tratamiento del dolor (Pieper *et al.*, 2013). Por lo tanto, la sintomatología del Alzheimer ayuda a que la valoración y evaluación del dolor sea particularmente dificultosa, entre otras cosas, debido a la falta de la capacidad de comunicación (Pieper *et al.*, 2013). Consecuentemente, las herramientas para la evaluación del dolor que se utilizan con más frecuencia son de difícil e, incluso, imposible aplicación en este contexto y, sumado a esto, en ocasiones, presentan poca evidencia de validez y fiabilidad (Rica Escuín & González Vaca, 2014).

Mejorar las expectativas de vida, tanto en esperanza como en calidad, son los principales objetivos del sistema sanitario para con la población general. Pocas personas mueren de dolor, pero muchas viven con él, siendo ésta una entidad que afecta a su bienestar. La definición de dolor más ampliamente aceptada es, sin lugar a dudas, la propuesta por la *International Association for the Study of Pain (IASP)*: “*Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial o descrita en términos de la misma*” («IASP Taxonomy - IASP», s.f.). Por ende, es un proceso complicado que incluye mecanismos cognitivos, sensitivos, motivacionales y afectivos. De igual forma, comprende un síntoma multidimensional que causa sufrimiento y depreciación de la calidad de vida. Como bien señalan muchos los autores, es una experiencia subjetiva, suponiendo una difícil descripción y comunicación (Pieper *et al.*, 2013). Hoy en día, el dolor puede ser observado como una plaga a nivel mundial, pues además de su elevada incidencia entraña una gran controversia cuando se trata de valorarlo de forma objetiva. Tal es la extensión de la situación en la sociedad actual, que la Sociedad Española del Dolor (SED) presentó ante el Parlamento Europeo, en el año 2001, la propuesta para que el dolor crónico fuera contemplado como una patología en sí misma y no como un mero síntoma (Toquero de la Torre, Zarco Rodríguez, & Blanco Tarrío, 2004).

Se sabe que el dolor, aún con las dificultades que entraña su valoración y cuantificación, alcanza una prevalencia elevada entre las personas mayores, siendo además un motivo de consulta sanitaria. En el estudio de Sicras-Mainar, de Cambra-Florensa, & Navarro-Artieda, 2009, unas 8 de cada 10 personas mayores de 65 años que acuden a la consulta de su médico de atención primaria, están a tratamiento con algún tipo de analgésicos, lo que pone en evidencia que padecen algún tipo de dolor. Otras evidencias,

demuestran que el tratamiento del dolor en los ancianos no es altamente eficiente, pues de un total de 6 de cada 10 ancianos que consumen analgésicos, en el ámbito de Atención Primaria, sólo han conseguido controlar el dolor 3 de cada 10, es decir, únicamente la mitad de los enfermos están satisfechos con el tratamiento analgésico prescrito (Gil Gregorio, Zarco, Rodríguez, & Moreno, 2007). Consecuentemente, se puede concluir que las personas mayores sufren dolor, muchas de ellas de forma crónica, con un control del mismo poco eficaz.

El envejecimiento de la población, al mismo tiempo de constituir un factor de riesgo para la incidencia del dolor, de igual forma implica un comprometido contexto para el desarrollo de enfermedades como la Demencia tipo Alzheimer, entre otras. Frente al aumento de la esperanza de vida, esta situación puede suponer un problema de primer orden. Concretamente, estudiando las características de la población española, la prevalencia de dolor en ancianos es de un 25-50% a nivel comunitario, ascendiendo a un 50-80% en los centro geriátricos (Kunz, Mylius, Scharmann, Schepelman, & Lautenbacher, 2009). Al acotar el estudio a la población institucionalizada en centros geriátricos en nuestro país, se puede observar que la prevalencia de dolor es del 61% en los residentes sin demencia, frente al 22% de dolor en residentes con demencia (Álaba & Arriola, 2009).

Un requisito imprescindible para un adecuado manejo del dolor, es una precisa evaluación previa, que permita una oportuna prescripción farmacológica y, a su vez, facilite la valoración de la efectividad y del impacto de los analgésicos empleados (Corbett *et al.*, 2014). La sintomatología que acarrea una patología como la Demencia tipo Alzheimer, condiciona estrictamente la valoración del dolor a través de informes subjetivos, algo que habitualmente se emplea en adultos sanos cognitivamente (Hadjistavropoulos *et al.*, 2014). Los estudios existentes al respecto exponen que en torno a un 60-80% de los individuos con EA sufren dolor con relativa frecuencia, relacionado generalmente con úlceras por presión, problemas gástricos, infecciones del tracto urinario y trastornos músculo-esqueléticos (Corbett *et al.*, 2012). La evaluación del dolor en ancianos cognitivamente sanos no varía respecto a la del joven adulto, realizándose con escalas o autoinformes que se centran en ítems como el impacto del dolor, factores que aumentan o incrementan el síntoma, antecedentes del paciente, etc. Sin embargo, si existe dolor junto al deterioro cognitivo, en ocasiones el sujeto ha perdido la capacidad de manifestarlo y expresarlo, impidiendo que se identifique la naturaleza del problema (Ahn & Horgas, 2013). De este modo, el reconocimiento por parte de los cuidadores y familiares del dolor en pacientes con EA resulta muy complejo, a raíz entre otras, al déficit de formación o entrenamiento a este respecto (McAuliffe, O'Donnell, & Nay, 2008). En estadios iniciales se puede realizar la evaluación del dolor a través de escalas visuales analógicas, pues el individuo conserva la

capacidad de comunicación; sin embargo, cuanto más avanza la enfermedad es más inherente la pérdida del razonamiento abstracto haciendo dificultosa la comprensión de los conceptos planteados en dichas escalas (Weiner, 2004). Para objetivar el dolor en los pacientes con EA en estadios donde se ha deteriorado la capacidad comunicativa, generalmente los avanzados, se han desarrollado métodos basados en la observación comportamental (Ahn & Horgas, 2013). Los métodos descritos, que para nada son novedosos, ya que llevan desarrollándose más de una década, pero que quizás no esté suficientemente extendido su uso en la práctica clínica, se basan en la valoración de movimientos corporales, expresiones faciales, cambios en las interacciones interpersonales, vocalizaciones o verbalizaciones, cambios en los niveles de actividad o en el estado mental del sujeto (Lichtner *et al.*, 2016). El progreso de este tipo de instrumentos supone un marco de estudio muy ambicioso, pues las herramientas existentes siempre se pueden mejorar, con el objetivo de disponer de escalas de evaluación con características psicométricas fiables y que permitan su empleabilidad en los diferentes tipos de pacientes y en los distintos estadios de la enfermedad; siendo necesaria su validación en múltiples idiomas, además de suponer una herramienta sencilla y rápida a la hora de aplicarla en la práctica clínica por los profesionales sanitarios.

Como se ha mencionado con anterioridad, existe un porcentaje de la población anciana que sufre dolor, el cual no es manejado correctamente, de manera que si a esto se suma el hándicap de un grado sustancial de deterioro cognitivo, como se manifiesta en la EA, la problemática se ve incrementada. Diversos estudios científicos, recogen entre sus conclusiones que el abordaje del dolor en los pacientes con Alzheimer no se realiza correctamente, por algunos de los siguientes motivos: la dificultosa identificación y la valoración del dolor en los pacientes con EA, en ocasiones por la insuficiente formación al respecto; el riesgo de interacción farmacológica entre los analgésicos y la medicación para tratamientos crónicos; el uso limitado de opioides en pacientes con demencia; la consideración por parte de los familiares y profesionales del dolor como algo propio de la edad y/o la pauta de la analgesia a demanda, en lugar de una pauta fija en pacientes con deterioro cognitivo (Corbett *et al.*, 2012) (Pieper *et al.*, 2013) (Ghandehari *et al.*, 2013) (Barry, Parsons, Peter Passmore, & Hughes, 2012).

Dentro del equipo multidisciplinar responsable de la atención sanitaria de los usuarios, los profesionales de enfermería están muy ligados al cuidado del paciente y, consecuentemente, deben disponer de conocimientos actualizados sobre las técnicas e intervenciones necesarias para el alivio del dolor, la evaluación y el tratamiento del mismo. Durante la práctica clínica, a menudo, los enfermeros junto con el resto de profesionales sanitarios, son los encargados de elaborar un plan de actuación para abordar el dolor del

enfermo, teniendo que decidir cuándo suministrar los analgésicos prescritos y, además, valorar la presencia y el grado de dolor. El estudio realizado por Jones *et al.*, 2004, pone de manifiesto un déficit de conocimientos y creencias erróneas entre los profesionales de enfermería en relación a la evaluación y el manejo del dolor; lo cual ha sido mencionado como una barrera a la hora de realizar un control efectivo del mismo. Entre las carencias objetivadas menciona un déficit en el área de la farmacología y la gestión de los efectos secundarios, concretamente se aprecian opiniones negativas sobre la utilización de los opioides, pues sobrevaloran el riesgo de una posible adicción (Jones *et al.*, 2004). La incertidumbre aumenta si se concreta en el ámbito laboral gerontológico. Los profesionales que llevan a cabo su labor en centros residenciales deben tener un excelente conocimiento de cómo se manifiesta el dolor en este rango poblacional, sus causas y estrategias de alivio.

Es sabido que gran parte de la investigación en enfermería en éste área, se ha centrado en las actitudes e intervenciones de los enfermeros para aliviar el dolor y no en el conocimiento del que dichos profesionales disponen. Este es el motivo, de que aún se pueda profundizar más en la información disponible respecto a los conocimientos y habilidades de los enfermeros en el manejo del dolor en el anciano con DTA. En la investigación planteada por Sloman, Ahern, Wright, & Brown, 2001, en un grupo de profesionales de la enfermería de diversos ámbitos asistenciales, se percibió que existe un déficit de conocimientos sobre el dolor y su manejo en la población más anciana. Se pueden apreciar diferencias significativas en varias áreas clínicas, existiendo una relación positiva entre el aumento de los años de experiencia y el incremento de los conocimientos. Asimismo, se apreció que los profesionales especializados en el ámbito de los cuidados paliativos disponían de conocimientos más actualizados. Ciertamente es que el estudio cuenta con limitaciones, como utilización de un tamaño muestral reducido, por lo que no se pueden generalizar sus resultados.

La formación de calidad es esencial para hacer frente a la carencia de conocimientos y aumentar las competencias de los profesionales sanitarios. Un estudio reciente mostró que después de tres sesiones interactivas, de tres horas de duración, las lagunas del personal en cuanto al manejo del dolor se redujeron y se pusieron en práctica los conocimientos adquiridos con más frecuencia, dando lugar a un manejo del dolor más eficaz (Ghandehari *et al.*, 2013). Por esta serie de motivos, es interesante ahondar en los conocimientos y creencias de los profesionales, pues en el futuro puede ser útil para reforzar a nivel académico aquellas carencias detectadas, contribuyendo a su vez al aumento de la calidad asistencial.

Las publicaciones científicas señalan que la prevalencia del dolor es similar entre los enfermos de Alzheimer con déficit de la comunicación y aquellos ancianos sin deterioro cognitivo. No obstante, existe una dificultad añadida para la valoración del dolor en los pacientes con EA dando lugar, frecuentemente, a una menor detección del síntoma. El dolor en los pacientes con EA está infravalorado e, incluso, poco tratado al no ser localizado, como consecuencia de su difícil evaluación. El dolor en estas personas debe ser estudiado mediante la observación de conductas específicas (expresiones faciales, lloros, muecas), por ello, es crucial que los profesionales estén adiestrados e informados en la importancia de estos signos, además de saber interpretarlos (Ahn & Horgas, 2013).

Saber reconocer, evaluar y tratar apropiadamente el dolor, es parte fundamental del quehacer de los profesionales de enfermería. Sin embargo, uno de los motivos por los que el dolor no es correctamente manejado en los pacientes con DTA, es la escasa formación específica que reciben los enfermeros. Varias investigaciones destinadas a examinar el grado de preparación de estudiantes de enfermería, señalaron la presentan de cierto déficit de conocimientos en cuanto a la valoración y el manejo del dolor (Voshall, Dunn, & Shelestak, 2013). Averiguar las creencias y la actitud ante el dolor de todos los profesionales que más íntimamente se relacionan con el paciente, puede permitir objetivar percepciones erróneas que deben ser resueltas. De esta forma, puede alcanzarse en el futuro una correcta detección del dolor para su posterior tratamiento, mejorando así, el bienestar personal y la calidad de vida tanto, de los enfermos como de sus cuidadores.

A partir de estas premisas, en este estudio se pretende contrastar empíricamente las siguientes **hipótesis**:

- Los profesionales de enfermería del ámbito geriátrico presentan creencias más acertadas en cuanto al dolor experimentado por los ancianos.
- En el ámbito gerontológico se maneja el dolor con más eficacia que en Atención Primaria (AP).
- Los profesionales de enfermería del ámbito geriátrico tienen conocimientos y fundamentos más actualizados sobre el uso de la analgesia.
- En el ámbito geriátrico existen unas actitudes adecuadas sobre el tratamiento del dolor en los ancianos con demencia tipo Alzheimer.

El **objetivo** del presente trabajo es profundizar y ampliar los conocimientos existentes respecto a las creencias y actitudes de los profesionales de enfermería en cuanto al manejo

del dolor en los pacientes con demencia tipo Alzheimer, partiendo de la premisa, de que los profesionales que trabajan en el ámbito gerontológico poseen unas opiniones más realistas que los enfermeros de Atención Primaria.

METODOLOGÍA

- **DISEÑO**

Se utilizará un diseño de estudio analítico, observacional, transversal para evaluar las creencias y actitudes del personal de enfermería sobre el dolor en los pacientes con demencia tipo Alzheimer, en una Residencia de Ancianos y en dos Centros de Atención Primaria. El estudio se basa en el supuesto de que las enfermeras de los centros geriátricos presentan creencias más realistas, en cuanto al manejo del dolor en los pacientes con demencia tipo Alzheimer, que las enfermeras de los Centros Atención Primaria.

- **SUJETOS**

Los datos fueron recogidos en dos Centros de Salud y una Residencia de Ancianos de la ciudad de Gijón. Todo el personal de enfermería de los estos centros fue invitado a participar en la encuesta. El estudio fue realizado con un total de 50 profesionales, 48 mujeres (96%) y 2 hombres (4%), con edades comprendidas entre los 24 y los 62 años.

En la Residencia Mixta de Establecimientos Residenciales para Ancianos (ERA) de un total de 23 enfermeros fue devuelto el cuestionario por el 76,19% (n = 16) de los profesionales, no habiendo realizado el 23,81% de las enfermeras el cuestionario por diversos motivos, entre los que se encuentran bajas laborales y días de festivo laboral. La edad media de las encuestadas fue de 45,43 años, siendo mujeres en su totalidad.

En el C.S. Perchera de un total de 10 enfermeras el cuestionario fue devuelto por el 90% del personal, no habiendo realizado el cuestionario una enfermera por encontrarse de baja en el periodo evaluativo. La edad media de las encuestadas fue de 58,66 años, siendo mujeres en su totalidad.

En el C.S. El Llano de 17 profesionales de enfermería, fueron devueltos un total de 9 cuestionarios, lo que supone el 58,82% del personal. La edad media de las encuestados fue de 46,7 años, siendo un 80% mujeres.

- **CONTEXTO DEMOGRÁFICO**

El presente estudio pretende analizar las creencias en cuanto al manejo del dolor, por parte de los profesionales de enfermería, del ámbito gerontológico y del Atención Primaria. Para ello, se valoraron las creencias y actitudes de las enfermeras de la Residencia Mixta

del ERA, un centro fundado en 1.986, ubicado en la Zona Básica de Distrito V.1 de Gijón. El centro dispone de 510 plazas, distribuidas de la siguiente forma:

- 186 plazas para residentes independientes (36,47%).
- 270 plazas para personas dependientes (52,94 %).
- 5 plazas de estancias temporales (0,98 %).
- 49 plazas de estancias diurnas (9,6%).
- 16 plazas de enfermería (para los residentes independientes).

En la residencia, existe una diferenciación dentro del propio esquema de funcionamiento del centro entre válidos (personas con autonomía personal) y asistidos (personas que necesitan ayuda en las AVDs). En el centro, además de médicos, psicólogos, auxiliares de enfermería, terapeutas ocupacionales, entre otros, trabajan 23 enfermeras para las unidades de asistidos y válidos, las cuales van a ser objeto de estudio.

El entorno elegido para valorar las creencias sobre el manejo del dolor en el marco de Atención Primaria fue el Centro de Salud Perchera y el Centro de Salud El Llano, ambos ubicados en la Zona Básica de Distrito V.5 y V.8 respectivamente, de Gijón. El C.S. Perchera cubre una población de 17.152 habitantes, con un total de 8.270 hombres y 8.882 mujeres. Este centro cuenta con 10 profesionales de enfermería, los cuales han sido incluidas en el estudio. Asimismo, el C.S. El Llano proporciona asistencia sanitaria a 28.955 usuarios, de ellos 13.596 hombres y 13.359 mujeres; trabajando en él, además del personal médico y administrativo, 17 enfermeros y 2 EIR (Enfermera Interna Residente) de Atención Familiar y Comunitaria.

Al analizar los datos de la población de Gijón estratificada por edades, se observa que la población envejecida (mayor de 65 años) prácticamente duplica a la población joven (menor de 16 años), por lo que no se asegura el reemplazo generacional. Tras observar el indicador demográfico que interrelaciona ambos sexos de una población, el sex ratio, se llega a la conclusión de que dentro de la población mayor de 65 años hay un destacadísimo peso del sexo femenino («Instituto Nacional de Estadística. (National Statistics Institute)», s.f.).

Del mismo modo, el índice de Friz calculado sobre la población de Gijón es del 17,89%, es decir un valor menor al 60%, lo que nos confirma de forma reiterada, el alto grado de envejecimiento de la población. Del total de la población un 22,23% pertenece al grupo de población envejecida, reflejando estas cifras que a nivel sanitario existirá un alto índice de vulnerabilidad a padecer patologías crónicas, un mayor grado de dependencia y un incremento del gasto sanitario. En Gijón, se asume un nivel bajo de estudios donde el 37,6% de la población no tiene ningún tipo de formación, de modo que este factor repercute

negativamente en los índices sanitarios y, sobre todo, al llegar a la vejez («Instituto Nacional de Estadística. (National Statistics Institute)», s.f.).

• INSTRUMENTO

Para el presente estudio se utilizó el *“Nursing staff knowledge and beliefs about pain in elderly nursing home residents with dementia”*, cuestionario elaborado y validado por Zwakhalen, Hamers, Peijnenburg, & Berger, 2007 (Anexo 1). Al no haber encontrado otras investigaciones con las características requeridas en nuestro país, se optó por la utilización del estudio anteriormente citado. El cuestionario empleado consta de 17 ítems con un alpha de Cronbach de 0,782. En los estudios de validación se han identificado cuatro factores diferenciados que fueron etiquetados en función de la temática tratada:

- Factor 1: Creencias sobre el dolor experimentado por los ancianos (alpha de Cronbach de 0,74);
- Factor 2: Manejo del dolor en el lugar de trabajo(alpha de Cronbach de 0,80);
- Factor 3: Creencias sobre el uso de la analgesia (alpha de Cronbach de 0,68);
- Factor 4: Creencias sobre el tratamiento del dolor en ancianos con demencia tipo Alzheimer (alpha de Cronbach de 0,58).

Como autora del presente trabajo he realizado la tarea de la traducción del cuestionario al castellano con el asesoramiento de personal bilingüe tanto para la traducción como la retrotraducción.

Para valora las creencias en cuanto al manejo del dolor en ancianos con EA se pidió a los encuestados que respondiesen a las afirmaciones en una escala Likert de cinco puntos (1 = totalmente en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = sin opinión, 4 = de acuerdo y 5 = totalmente de acuerdo). Asimismo, se incluyó un apartado de datos socio-demográficos, incluyendo: sexo, edad, nivel de estudios, número de años de experiencia laboral y formación complementaria en el campo a estudiar.

• PROCEDIMIENTO

T ras contactar con los responsables de cada centro, se hizo llegar el cuestionario acompañado de una hoja informativa, en la que se detallaba el objetivo del estudio, puntualizando que se trataba de un Trabajo Fin de Máster, por lo que los datos únicamente

serán utilizados a nivel académico. Igualmente, se especificaba que los participantes del estudio lo hacen de forma voluntaria y anónima.

Una vez se obtuvieron los datos, estos fueron tabulados y analizados estadísticamente con el programa informático SPSS 21.0 para Windows, calculándose índices descriptivos y la prueba no paramétrica U de Man-Whitney para comparar la puntuación media de los profesionales sanitarios que trabajan en el ámbito geriátrico frente a la de los profesionales de AP, en cuanto a las creencias y actitudes en el manejo del dolor en los pacientes con demencia tipo Alzheimer.

RESULTADOS

Inicialmente, se han incluido en el presente estudio un total de 50 profesionales de enfermería, 23 profesionales del ámbito geriátrico y 27 de Atención Primaria. La muestra se obtuvo mediante un método de muestreo de conveniencia. Se han entregado 50 cuestionarios, de los que se han recogido correctamente cumplimentados 35 (70%), siendo 16 (45,7%) los enfermeros que trabajan en el ámbito geriátrico (Residencia Mixta ERA) y 19 (54,3%) los enfermeros que trabajan en Atención Primaria (C.S. Perchera y C.S. El Llano). La media de edad es de 49,20 años y la desviación estándar de 11,22, con una edad mínima de 24 años y una edad máxima de 62 años. De los profesionales encuestados el 68,6% tienen una experiencia laboral de más de 20 años, el 17,2% tienen entre 10 y 20 años de experiencia laboral y el 13,3% tienen entre 2 y 10 años de experiencia laboral. En la Tabla 1 se expone con mayor detalle los datos sobre la experiencia laboral de los profesionales incluidos en la muestra.

Tabla 1. Experiencia Laboral de los Profesionales de Enfermería

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Entre 2 y 5 años	2	5,7	5,7	5,7
Entre 5 y 10 años	3	8,6	8,6	14,3
Entre 10 y 15 años	3	8,6	8,6	22,9
Entre 15 y 20 años	3	8,6	8,6	31,4
Más de 20 años	24	68,6	68,6	100,0
Total	35	100,0	100,0	

De la muestra final de 35 sujetos 33 eran mujeres (94,3%) y 2 hombres (5,7%). El 34,3% de los sanitarios mencionaron haber recibido formación específica sobre el manejo del dolor, de las cuales un 17,1% se han formado en cursos de postgrado, el 8,6% han asistido a jornadas o congresos específicos y, el 8,6% restante ha obtenido otro tipo de formación como sesiones en el centro de trabajo, formación laboral en la unidad del dolor,

etc. Del total de los encuestados, un 88,2% consideran que no tienen los conocimientos adecuados para el manejo del dolor y, el 57,1% considera que no tiene conocimientos suficientes para la valoración correcta del dolor.

Según los resultados presentes en la Tabla 2, tras calcularse la prueba no paramétrica U de Man-Whitney, puede apreciarse que los profesionales de enfermería de AP puntúan significativamente más elevado que los profesionales de enfermería de la residencia geriátrica en el Factor 1 (creencias sobre el dolor experimentado por los ancianos) ($p < 0,01$) y en el Factor 3 (creencias sobre el uso de la analgesia) ($p < 0,05$).

La Tabla 2 contiene las puntuaciones medias y desviaciones típicas de los cuatro factores en los diferentes centros de trabajo, así como el valor Z y el nivel de significación.

Tabla 2. Estadísticos Descriptivos y de Contraste de cada uno de los Factores y Nivel de Significación según el Centro de Trabajo^a

Factor	N A.P.	N Ger.	Media (DT) A.P.	Media (DT) Geriatría	Z	Signif. (p)
F1	19	16	17,53 (2,458)	13,88 (3,722)	-3,231	,001
F2	19	16	9,21 (1,782)	8,00 (2,805)	-1,159	,247
F3	19	16	10,47 (2,951)	8,13 (3,181)	-2,558	,011
F4	19	16	6,74 (2,806)	8,00 (2,066)	-1,621	,105

a. Variable de agrupación: Centro de trabajo.

En la Tabla 3 se exponen los resultados de la prueba no paramétrica U de Man-Whitney, empleando como variable de agrupación la formación específica en el manejo del dolor. En este caso, los profesionales que han recibido una formación complementaria puntúan significativamente más elevado que los profesionales que no se han formado en materia de dolor ($p < 0,05$).

La Tabla 3 contiene las puntuaciones medias y desviaciones típicas de los cuatro factores según el nivel de formación, así como el valor Z y el nivel de significación.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos y de Contraste de cada uno de los Factores y Nivel de Significación según la Formación Específica^b

Factor	Media (DT)	Media (DT)	Z	Signif. (p)
	Con formación (n = 12)	Sin formación (n = 23)		
F1	16,33 (3,055)	15,61 (3,846)	-,472	,637
F2	10,17 (1,899)	7,87 (2,201)	-2,820	,005
F3	9,42 (3,370)	9,39 (3,244)	-,070	,944
F4	6,67 (2,348)	7,65 (2,622)	-1,263	,207

b. Variable de agrupación: Formación específica sobre el manejo del dolor.

Las primeras preguntas del Factor 1 (P1-P4) valoran la percepción que tienen los encuestados respecto al dolor en los ancianos en relación a individuos jóvenes. Analizando las respuestas del total de la muestra, se puede observar que más de la mitad de los encuestados (P1 68,6%) creen que los ancianos no experimentan dolor con menos intensidad que las personas jóvenes y, piensan que los fármacos para el dolor no funcionan mejor en los jóvenes que en los ancianos (P2 60%).

Las cuestiones relativas al Factor 2 valoran las creencias del personal respecto al manejo del dolor en su lugar de trabajo. Analizando los resultados globales de la muestra se puede observar que gran parte de los encuestados han optado por no opinar, señalando la respuesta 3 (ni de acuerdo ni en desacuerdo) en la escala de Likert (de 1 a 5), siendo esta la opción mayoritaria en las tres cuestiones que forman el factor (P7 40%, P8 42,9%, P9 40%, mediana 3).

El Factor 3 del cuestionario pretende averiguar las creencias que tienen profesionales de enfermería sobre el uso de la analgesia. A la afirmación “Los medicamentos para el dolor se deben administrar sólo a pacientes que sufren dolor severo”, los profesionales de enfermería reconocieron estar totalmente en desacuerdo de forma mayoritaria (P7 71,4%, mediana 1).

El Factor 4 evalúa las creencias del personal de enfermería sobre el tratamiento del dolor en ancianos. Los resultados muestran que el 54,3% están totalmente en desacuerdo respecto a la afirmación “El dolor es parte del proceso de envejecimiento”.

En la Tabla 4 se muestran los porcentajes de respuesta del total de la muestra a las distintas preguntas en la escala de Likert de cinco puntos (1 = totalmente en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = sin opinión, 4 = de acuerdo y 5 = totalmente de acuerdo).

Tabla 4. Porcentaje de Respuestas a cada una de las Preguntas del Total de la Muestra

Preguntas	1	2	3	4	5
P1	28,6	40,0	20,0	5,7	5,7
P2	14,3	45,7	20,0	17,1	2,9
P3	17,1	25,7	5,7	42,9	8,6
P4	2,9	8,6	17,1	45,7	25,7
P5	37,1	28,6	20,0	8,6	5,7
P6	34,3	34,3	17,1	8,6	5,7
P7	8,6	20,0	40,0	28,6	2,9
P8	2,9	31,4	42,9	22,9	0,0
P9	5,7	31,4	40,0	20,0	2,9
P10	71,4	20,0	2,9	2,9	2,9
P11	17,1	37,1	31,4	5,7	8,6
P12	28,6	40,0	22,9	2,9	5,7
P13	54,3	34,3	8,6	2,9	0,0
P14	54,3	31,4	11,4	0,0	2,9
P15	54,3	22,9	20,0	2,9	0,0
P16	14,3	20,0	11,4	40,0	14,3
P17	31,4	25,7	22,9	11,4	8,6

DISCUSIÓN

A lo largo del presente estudio se han analizado las creencias de los enfermeros, de geriatría y AP, en cuanto al manejo del dolor en los pacientes con demencia tipo Alzheimer; y los resultados obtenidos confirman parcialmente las hipótesis planteadas.

Los datos muestran que existen diferencias significativas entre las opiniones de los sanitarios del ámbito gerontológico y los profesionales de AP, sobre el manejo del dolor en los pacientes con EA, a favor de la hipótesis planteada de que los profesionales de enfermería que trabajan en geriátricos poseen creencias más realistas en cuanto al dolor experimentado por los ancianos (F1) y el uso de la analgesia (F3) que las enfermeras que trabajan en AP. No obstante, no hay un conocimiento profundo sobre el manejo del dolor en este colectivo, ya que no se confirma que en el ámbito geriátrico se maneje mejor el dolor que en AP (F2), ni que existan actitudes más acertadas sobre el tratamiento del dolor en ancianos con demencia tipo Alzheimer entre los profesionales de enfermería del ámbito geriátrico frente a los trabajadores en AP (F4).

Las diferencias observadas entre ambos grupos a favor de las hipótesis anteriormente mencionadas pueden estar justificadas por el hecho de que las enfermeras gerontológicas están en continuo contacto con ancianos y, por ello, tienen un mayor grado de especialización, a diferencia de las enfermeras de AP que trabajan con población con un amplio rango de edad. Estos resultados se alinean con los descritos en las investigaciones de Sloman *et al.*, 2001, que analiza el conocimiento de las enfermeras sobre el tratamiento del dolor en ancianos, y compara a los profesionales de diferentes áreas concluyendo un déficit importante de conocimientos sobre el dolor y su manejo en los ancianos. Si bien, las enfermeras de cuidados paliativos, más relacionadas con el paciente geriátrico, parecen más formadas en este campo, frente a las que trabajan en servicios generales (Sloman *et al.*, 2001).

Conjuntamente, debe resaltarse que los profesionales que han recibido formación complementaria sobre el abordaje del dolor, tienen una percepción más positiva del cuidado que proporcionan al paciente con este síntoma, considerando que lo afrontan con más efectividad. En consecuencia, las enfermeras con formación complementaria consideran que en sus lugares de trabajo se evalúa y se trata mejor el dolor, en comparación con aquellos profesionales que no han recibido dicha formación. También hay que destacar que no se han apreciado diferencias significativas entre ambos colectivos en el resto de factores que analizan las creencias de los profesionales, no obstante la falta de diferencias significativas puede estar causada por el reducido tamaño de la muestra analizada en este trabajo (n = 50).

Los datos obtenidos revelan que un elevado porcentaje de los profesionales de enfermería consideran que los ancianos experimentan dolor con la misma intensidad que las personas jóvenes. Asimismo, piensan que los fármacos para el dolor no funcionan mejor en los jóvenes que en los ancianos, lo que coincide con los resultados recogidos en el trabajo de Zwakhalen *et al.*, 2007. Sin embargo, la existencia de creencias erróneas entorno a estas afirmaciones es muy habitual entre los profesionales. A día de hoy, se considera que el dolor superficial no está sujeto a variaciones en función de la edad del individuo y, al mismo tiempo, se piensa que en enfermedades agudas el dolor que afecta a estructuras profundas parece que entre los jóvenes es menos intenso (Ceña, 2010).

Dentro del grupo encuestado se observa que una parte mayoritaria cree que los fármacos analgésicos tienen más efectos secundarios (P4 71,4%) y un periodo de acción mayor en los ancianos que en la población joven (P3 51,5%). Esto está en consonancia con los estudios que revelan que, durante el proceso de envejecimiento del ser humano se producen un conjunto de variaciones farmacocinéticas y farmacodinámicas, que sumado a la elevada cantidad de polimedicación y pluripatología, genera un deterioro de los mecanismos que provocan una menor capacidad de respuesta ante cualquier episodio adverso, existiendo un mayor riesgo de reacciones adversas a medicamentos (RAM) (González-Pedraza Avilés, Sánchez-Reyes, & González-Domínguez, 2014). Los profesionales de enfermería deben tener presentes estas circunstancias, y no considerar como habitual el hecho de que los ancianos tengan RAM, sino que estando debidamente formados, tienen la obligación de manejarlo con la precaución con la que se trata un factor de riesgo más. Por tanto, es crucial prestar una mayor atención al tratamiento farmacológico y, administrarlo desde el conocimiento exhaustivo de los fármacos, de sus contraindicaciones, de las evidencias que existan respecto a su administración a la población anciana, así como las características individuales del paciente, valorando su situación clínica (González-Pedraza Avilés *et al.*, 2014).

En este estudio se pone de manifiesto que los profesionales perciben que los individuos con demencia tipo Alzheimer experimentan el dolor de igual manera que los pacientes sin dicha patología (P5 65,7%) y, que evaluar el dolor en estos pacientes no es una cuestión de intuición (P6 68,6%), lo que es un resultado positivo. No obstante, existe una elevada proporción que no opinan al respecto (P5 20% y P6 17,1%) o que no están de acuerdo, mostrando estos índices de respuesta la otra cara de la moneda. Los resultados científicos sobre la influencia de la demencia tipo Alzheimer en el dolor no son del todo concluyentes, pues se observan una gran diversidad de conclusiones al respecto. Por este motivo, hasta que no exista un conocimiento exhaustivo sobre la enfermedad se debe

considerar que los individuos con EA experimentan el dolor del mismo modo que los individuos sanos y, por ello, debe ser abordado de igual forma (Kunz *et al.*, 2009).

La valoración del dolor en el individuo cognitivamente intacto resulta complicada aun existiendo herramientas sensibles y psicométricamente testadas. Consecuentemente, será un ejercicio más complicado en el paciente con DTA, el cual ve mermada su capacidad de comunicación, requiriendo estas situaciones otros métodos de evaluación, como las escalas de valoración de carácter observacional. Incluso con estas herramientas, los profesionales expresan la complejidad presente en la identificación del dolor en personas con Demencia tipo Alzheimer debido, entre otras cosas, a la insuficiente formación o entrenamiento para identificarlo (McAuliffe *et al.*, 2008). Este contexto puede justificar uno de los resultados obtenidos en este estudio, que revela que más de la mitad de los encuestados consideran que no tienen suficientes conocimientos para la valoración correcta del dolor.

Los índices de respuesta global en cuanto a las creencias de los enfermeros sobre el uso de la analgesia en pacientes con DTA revelan resultados satisfactorios. Un notable porcentaje de los encuestados consideran incierta la creencia de que el paciente con EA debe informar primero que tiene dolor antes de recibir la siguiente dosis de analgesia (totalmente en desacuerdo el 54,3% y en desacuerdo el 31,4%). Al igual que en la investigación de Zwakhalen *et al.*, 2007, que compara los conocimientos sobre el manejo del dolor en enfermos de DTA de enfermeros especialistas frente a los de enfermeros del ámbito geriátrico, siendo los primeros los que poseen unas conclusiones similares a los resultados del presente estudio. Una vez más, se acentúa la relevancia de cómo el nivel formativo se ve reflejado en las creencias y conocimientos de los profesionales de enfermería.

Para que un paciente con demencia tipo Alzheimer reciba un tratamiento farmacológico adecuado, previamente se debe haber realizado una correcta evaluación. Por tanto, es fundamental el desarrollo de un conjunto de herramientas de evaluación que tengan buenas características psicométricas, que se puedan utilizar en diferentes tipos de enfermos con deterioro cognitivo, que estén disponibles en muchos idiomas y que sean fáciles de usar en diferentes entornos, rápidas y prácticas para los profesionales sanitarios y para los usuarios. De este modo, realizando una adecuada valoración se podrá instaurar un tratamiento, sin necesidad de pautar dosis a demanda, práctica errónea en estos casos, y sin riesgo de cometer errores en la administración de los fármacos, tanto por defecto como por exceso (Lichtner *et al.*, 2016).

Una de las creencias más comunes entre los profesionales de enfermería y, que con más frecuencia se ve reflejada en la literatura, es el temor a generar adicción en los

pacientes por la administración de analgésicos opiodes (Barry *et al.*, 2012) (Tousignant-Laflamme *et al.*, 2012) También existe miedo a los efectos adversos de los mórnicos, como se puede observar en el trabajo de Fernández-Galinski, Gordo, López-Galera, Pulido, & Real, 2007, donde el 46% de los encuestados coinciden con esta afirmación. Los resultados recogidos en el presente estudio muestran un porcentaje elevado de profesionales que no parece compartir esta creencia (totalmente en desacuerdo 31,4% y en desacuerdo 25,7%) pero también hay una proporción significativa que se abstiene de opinar (22,9%), por lo que sería precipitado afirmar que esta declaración no la comparten los profesionales encuestados. Al contrario, en la investigación de Zwakhalen *et al.*, 2007 los enfermeros de geriatría manifiestan preocupación por el riesgo de adicción ante la administración de analgésicos.

A continuación, algunas de las debilidades y fortalezas del presente estudio son las que siguen. Por un lado, los resultados de este estudio advierten la posibilidad de que los profesionales puedan tener unas creencias poco acertadas sobre el manejo del dolor en los pacientes con demencia tipo Alzheimer y, ponen en evidencia la necesidad de seguir trabajando en la investigación sobre este tema. De este modo, deben tenerse en cuenta las limitaciones que han marcado este estudio como son, el hecho de que se ha empleado un cuestionario obtenido de una investigación realizada fuera de nuestro país y, por lo tanto, no validado en el mismo. Conjuntamente, durante la investigación se ha manejado un tamaño muestral reducido ($n = 50$), lo que evidentemente, limita la capacidad de extrapolación de los resultados a los profesionales de enfermería que ejercen en geriátricos y AP. De igual modo, el estudio realizado presenta una serie de fortalezas, como el desarrollo de una idea creativa y útil, la cual puede servir de inspiración para la realización de futuras investigaciones que marquen una tendencia en la formación de profesionales en este campo. Igualmente, ha sido posible realizarlo gracias a la capacidad organizativa y a la perseverancia, para conseguir un elevado índice de respuesta entre los profesionales, al mismo tiempo de ser capaz de vencer la distancia y la falta de tiempo para la recogida de datos.

Finalmente, señalar las futuras líneas de investigación que abre el presente estudio, como puede ser la ampliación del tamaño muestral, al mismo tiempo de expandir la temática investigada a diferentes especialidades sanitarias. Simultáneamente, además de englobar a profesionales de la geriatría y del ámbito comunitario, sería muy interesante plantear esta investigación entre los profesionales del sector hospitalario, muy ligados al tratamiento del paciente agudo, el cual, generalmente sufre dolor y, especialmente, sería interesante indagar sobre los conocimientos, en esta materia, de los trabajadores en Unidades del Dolor. Como es obvio, y es una aspiración como investigadora en un futuro trabajo de doctorado, resulta atractiva la posibilidad de realizar el proceso de validación de un

cuestionario psicométricamente sensible y que presente evidencia de fiabilidad y validez, como el utilizado en el actual estudio, que permita recoger los conocimientos y actitudes frente al dolor, en pacientes con EA, de los profesionales de enfermería en nuestro país.

Como reflexión final, hemos de pensar que todos nuestros esfuerzos deben estar dirigidos a mejorar la calidad de la asistencia sanitaria que reciben los usuarios.

CONCLUSIONES

Una vez expuestos los resultados, las conclusiones del presente estudio son:

- Se han encontrado diferencias significativas entre los profesionales de enfermería del ámbito geriátrico y los de AP, que han participado en el estudio, siendo más acertadas las creencias de los primeros.
- Los profesionales de enfermería, incluidos en el estudio, que desempeñan su labor en el ámbito geriátrico poseen conocimientos y creencias más acertadas en cuanto al dolor experimentado por los ancianos.
- Los enfermeros que trabajan en la residencia geriátrica disponen de conocimientos y fundamentos más actualizados sobre el uso de la analgesia.
- El presente estudio presenta gran diversidad de respuestas y un elevado número de calificaciones “sin opinión”, lo cual permite apreciar conocimientos insuficientes sobre el manejo del dolor en los pacientes con demencia tipo Alzheimer.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abanto, N. B. Á., & Fernández, M. E. (2015). Prevalencia de demencias en una zona básica de salud de León. *Medicina General y de Familia*, 4(1), 5–9.
- Ahn, H., & Horgas, A. (2013). The relationship between pain and disruptive behaviors in nursing home resident with dementia. *BMC geriatrics*, 13(1), 1.
- Álaba, J., & Arriola, E. (2009). Prevalencia de dolor en pacientes geriátricos institucionalizados. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 16(6), 344-351.
- Aliño, J. J. L.-I., Association, A. P., & Miyar, M. V. (2008). *DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. American Psychiatric Pub.
- Association, A. P. (2014). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (Edición: 5ª). Editorial Médica Panamericana S.A.
- Barry, H. E., Parsons, C., Peter Passmore, A., & Hughes, C. M. (2012). An exploration of nursing home managers' knowledge of and attitudes towards the management of pain in residents with dementia. *International journal of geriatric psychiatry*, 27(12), 1258–1266.
- Ceña, D. P. (2010). Dolor en la demencia. *El dolor Convivir con el dolor*. Recuperado a partir de <http://www.amegmadrid.org/REVISTAS/14.pdf#page=15>
- Cohen-Mansfield, J., Thein, K., Marx, M. S., & Dakheel-Ali, M. (2012). What are the barriers to performing nonpharmacological interventions for behavioral symptoms in the nursing home? *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(4), 400–405.
- Corbett, A., Husebo, B., Malcangio, M., Staniland, A., Cohen-Mansfield, J., Aarsland, D., & Ballard, C. (2012). Assessment and treatment of pain in people with dementia. *Nature Reviews Neurology*, 8(5), 264–274.
- Corbett, A., Husebo, B. S., Achterberg, W. P., Aarsland, D., Erdal, A., & Flo, E. (2014). The importance of pain management in older people with dementia. *Br Med Bull*, 111(1), 139–48.

- Duncan, R., Francis, R. M., Collerton, J., Davies, K., Jagger, C., Kingston, A., Birrell, F. (2011). Prevalence of arthritis and joint pain in the oldest old: findings from the Newcastle 85+ study. *Age and Ageing*, 40(6), 752-755.
- Fernández-Galinski, D. L., Gordo, F., López-Galera, S., Pulido, C., & Real, J. (2007). Conocimientos y actitudes de pacientes y personal sanitario frente al dolor postoperatorio. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 14(1), 3–8.
- Ghandehari, O. O., Hadjistavropoulos, T., Williams, J., Thorpe, L., Alfano, D. P., Bello-Haas, V. D. (2013). A controlled investigation of continuing pain education for long-term care staff. *Pain Research and Management*, 18(1), 11–18.
- Gil Gregorio, P., Zarco, J., Rodríguez, M. J., & Moreno, A. (2007). Manejo del dolor del anciano en Atención Primaria (estudio ADA). *Revista Clínica Española*, 207(4), 166–171.
- González-Pedraza Avilés, A., Sánchez-Reyes, A., & González-Domínguez, R. (2014). Factores de riesgo asociados al uso de medicamentos potencialmente inapropiados en ancianos de una clínica de medicina familiar. *Atención Familiar*, 21(3), 69-72.
- Hadjistavropoulos, T., Herr, K., Prkachin, K. M., Craig, K. D., Gibson, S. J., Lukas, A., & Smith, J. H. (2014). Pain assessment in elderly adults with dementia. *The Lancet Neurology*, 13(12), 1216–1227.
- Hebert, L. E., Weuve, J., Scherr, P. A., & Evans, D. A. (2013). Alzheimer disease in the United States (2010–2050) estimated using the 2010 census. *Neurology*, 80(19), 1778-1783.
- Holzer, S., Warner, J. P., & Iliffe, S. (2013). Diagnosis and management of the patient with suspected dementia in primary care. *Drugs & aging*, 30(9), 667–676.
- IASP Taxonomy - IASP. (s.f.). Recuperado 20 de noviembre de 2015, a partir de <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy>
- Instituto Nacional de Estadística. (National Statistics Institute). (s. f.). Recuperado 8 de abril de 2016, a partir de <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t20/e245/&file=inebase>

- Jones, K. R., Fink, R., Pepper, G., Hutt, E., Vojir, C. P., Scott, J., Mellis, K. (2004). Improving nursing home staff knowledge and attitudes about pain. *The Gerontologist*, 44(4), 469–478.
- Kunz, M., Mylius, V., Scharmann, S., Schepelman, K., & Lautenbacher, S. (2009). Influence of dementia on multiple components of pain. *European Journal of Pain*, 13(3), 317–325.
- Lichtner, V., Dowding, D., Allcock, N., Keady, J., Sampson, E. L., Briggs, M., Closs, S. J. (2016). The assessment and management of pain in patients with dementia in hospital settings: a multi-case exploratory study from a decision making perspective. *BMC Health Services Research*, 16(1), 427.
- Llibre Rodríguez, J. de J. (2013). Envejecimiento y demencia: implicaciones para la comunidad científica, la salud pública y la sociedad cubana. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*. Recuperado a partir de <http://www.revistaccuba.cu/index.php/acc/article/view/126/105>
- Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., Roy, J., & ZARADEMP, G. (2003). El estado del proyecto EURODEM: epidemiología de las demencias en Europa. *Alzheimer*, 13–20.
- McAuliffe, L., O'Donnell, M., & Nay, R. (2008). Successful pain assessment in older adults with dementia: barriers and strategies. *Royal College of Nursing Australia Monograph. Australian Centre for Evidence Based Aged Care*.
- Petersen, R. C., Stevens, J. C., Ganguli, M., Tangalos, E. G., Cummings, J. L., & DeKosky, S. T. (2001). Practice parameter: Early detection of dementia: Mild cognitive impairment (an evidence-based review) Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 56(9), 1133–1142.
- Pieper, M. J., van Dalen-Kok, A. H., Francke, A. L., van der Steen, J. T., Scherder, E. J., Husebø, B. S., & Achterberg, W. P. (2013). Interventions targeting pain or behaviour in dementia: A systematic review. *Ageing research reviews*, 12(4), 1042–1055.
- Rica Escuín, M. de la, & González Vaca, J. (2014). Valoración del dolor en pacientes con demencia avanzada institucionalizados. *Gerokomos*, 25(1), 3–8.

- Sicras-Mainar, A., de Cambra-Florensa, S., & Navarro-Artieda, R. (2009). Consumption of oral analgesics and dosage forms in elderly patients: population based study. *Farmacia Hospitalaria (English Edition)*, 33(3), 161–171.
- Sloman, R., Ahern, M., Wright, A., & Brown, L. (2001). Nurses' knowledge of pain in the elderly. *Journal of pain and symptom management*, 21(4), 317–322.
- Toquero de la Torre, F., Zarco Rodríguez, J., & Blanco Tarrío, E. (2004). *Guía de buena práctica clínica en dolor y su tratamiento*. Madrid: International Marketing & Communications.
- Tousignant-Laflamme, Y., Tousignant, M., Lussier, D., Lebel, P., Savoie, M., Lalonde, L., & Choinière, M. (2012). Educational needs of health care providers working in long-term care facilities with regard to pain management. *Pain Research & Management: The Journal of the Canadian Pain Society*, 17(5), 341.
- Voshall, B., Dunn, K. S., & Shelestak, D. (2013). Knowledge and attitudes of pain management among nursing faculty. *Pain Management Nursing*, 14(4), e226–e235.
- Weiner, D. K. (2004). Pain in nursing home residents: What does it really mean, and how can we help? *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(6), 1020–1022.
- Weltgesundheitsorganisation, & Alzheimer's Disease International (Eds.). (2012). *Dementia: a public health priority*. Geneva.
- Zwakhalen, S. M., Hamers, J. P., Peijnenburg, R. H., & Berger, M. P. (2007). Nursing staff knowledge and beliefs about pain in elderly nursing home residents with dementia. *Pain research & management: the journal of the Canadian Pain Society*, 12(3), 177.



universidad
de león

Anexo I



ANEXO 1. CUESTIONARIO PARA EVALUAR LOS CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE EL DOLOR EN PACIENTES CON ALZHEIMER

El siguiente cuestionario tiene el objetivo de obtener resultados acerca de los conocimientos y creencias que presentan las enfermeras del Centro de Salud Perchera, Centro de Salud El Llano y la Residencia Mixta del ERA, ubicados en la ciudad de Gijón. Con el fin exclusivo de realizar el Trabajo Fin de Máster del Máster en Investigación en Ciencias Sociosanitarias impartido por la Universidad de León. De este modo, se pide al profesional de enfermería que responda a las afirmaciones únicamente con los conocimientos que ya presenta, y no lo haga consultando e intentando descifrar la respuesta con otros soportes.

Los datos obtenidos únicamente se utilizarán a nivel docente teniendo el cuestionario carácter anónimo y confidencialidad, pretendiendo evaluar no a la persona, sino al colectivo.

El cuestionario que a continuación se presenta, dispone de dos partes: en la primera se enuncian preguntas acerca de su experiencia laboral, y la segunda está formada por una serie de afirmaciones sobre los conocimientos y creencias en cuanto al manejo del dolor en pacientes con enfermedad de Alzheimer, que el profesional responderá en función de su grado de acuerdo o desacuerdo con las mismas.

• DATOS PROFESIONALES

1) Experiencia profesional (años transcurridos desde la finalización de los estudios):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Menos de 2 años. | <input type="checkbox"/> Entre 2 y 5 años. |
| <input type="checkbox"/> Entre 5 y 10 años. | <input type="checkbox"/> Entre 10 y 15 años. |
| <input type="checkbox"/> Entre 15 y 20 años. | <input type="checkbox"/> Más de 20 años. |

2) Indique el sexo y la edad que tiene.

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Femenino. | <input type="checkbox"/> Masculino. |
|------------------------------------|-------------------------------------|

Edad: _____

3) ¿En qué centro sanitario trabaja?

- Centro de Salud Perchera.
- Centro de Salud El Llano.
- Residencia Mixta del ERA de Gijón.

4) ¿Ha recibido formación específica sobre manejo del dolor?

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
|-----------------------------|-----------------------------|

5) Si la respuesta anterior es afirmativa, indique que tipo de formación:

- Adquirida en la Diplomatura de Enfermería.
- Cursos de post-grado o de formación continuada sobre manejo del dolor o tratamiento del dolor en pacientes con Alzheimer.
- Asistencia a Jornadas o Congresos sobre manejo del dolor.
- Otras (indique cuál): _____

6) ¿Considera que tiene los conocimientos adecuados para el manejo del dolor?

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
|-----------------------------|-----------------------------|

7) ¿Considera que tiene conocimientos suficientes para la valoración correcta del dolor?

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
|-----------------------------|-----------------------------|

• **CUESTIONARIO DE VALORACIÓN**

A continuación, se enuncian una serie de afirmaciones acerca de los conocimientos y creencias sobre el manejo del dolor en los pacientes con enfermedad de Alzheimer. Por favor, indique en qué grado está de acuerdo o en desacuerdo con cada afirmación, marcando la casilla correspondiente con una "X".

1. Totalmente en desacuerdo.
2. En desacuerdo.
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. De acuerdo.
5. Totalmente de acuerdo.

		1	2	3	4	5
1	Las personas mayores experimentan dolor con menos intensidad que las personas más jóvenes.					
2	Los medicamentos para el dolor, funcionan mejor en las personas jóvenes que en los ancianos.					
3	Los medicamentos para el dolor tienen un periodo de acción más prolongado en los ancianos que en las personas jóvenes.					
4	Los medicamentos para el dolor tienen más efectos secundarios en las personas de edad avanzada que en los jóvenes.					
5	Los pacientes con enfermedad de Alzheimer experimentan menos dolor que los pacientes sin dicha patología.					
6	La evaluación del dolor en un paciente con enfermedad de Alzheimer es una cuestión de adivinar.					
7	Donde trabajo, el dolor se evalúa correctamente.					
8	Donde trabajo, el dolor se trata correctamente.					
9	Donde trabajo, se presta mucha atención al dolor en los pacientes con enfermedad de Alzheimer.					
10	Los medicamentos para el dolor se deben administrar sólo a pacientes que sufren dolor severo.					
11	A menudo, se prescriben a los pacientes demasiados fármacos para el dolor.					
12	Es mejor administrar los medicamentos para el dolor "cuando sea necesario", más que de acuerdo a un horario fijo.					
13	La administración de los fármacos para paliar el dolor se debe posponer					

	el mayor tiempo posible, porque los pacientes con enfermedad de Alzheimer deben recibir la menor cantidad de medicación para el dolor como sea posible.					
14	Un paciente con enfermedad de Alzheimer, debe primero informar que tiene dolor antes de recibir la siguiente dosis de analgesia.					
15	El dolor es parte del proceso de envejecimiento.					
16	Las personas mayores son más propensas a padecer dolor que los más jóvenes.					
17	Los fármacos para el dolor, si se administran en grandes cantidades, fácilmente conducen a la adicción entre la población anciana.					