



**ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA**



SAN JUAN DE DIOS

Trabajo Fin de grado

Abordaje del dolor somático del paciente con Alzheimer en cuidados paliativos por parte de enfermería. Una propuesta educativa.

Alumno: Juan De Ozaeta Gutiérrez

Director: Andrada Cristoltan

Madrid, mayo de 2025

Índice.

Resumen.....	1
Abstract.....	1
1. Presentación.....	2
2. Estado de la cuestión.....	3
2.1. Fundamentación.....	3
2.1.1. Conceptualización de la enfermedad de Alzheimer.....	3
2.1.2. Dolor físico en el Alzheimer.....	7
2.1.3. Cuidados paliativos y Alzheimer.....	8
2.1.4. Abordaje del dolor en el Alzheimer.....	11
2.2. Justificación.....	15
3. Población y captación.....	17
3.1. Población.....	17
3.2. Captación.....	17
4. Objetivos.....	19
4.1. Objetivo general.....	19
4.2. Objetivos de Salud.....	19
4.3. Objetivos específicos.....	19
5. Contenidos.....	21
6. Sesiones.....	22
7. Evaluación.....	29
7.1. Evaluación de la estructura del proceso.....	29
7.2. Evaluación de los resultados educativos.....	29
8. Bibliografía.....	31
ANEXOS.....	37
Anexo 1: Correo electrónico a la dirección del Hospital Universitario de Móstoles.....	38
Anexo 2: Folleto informativo.....	39
Anexo 3: Póster informativo.....	40
Anexo 4: Rúbrica de exposición oral.....	41
Anexo 5: Encuesta de satisfacción.....	42
Anexo 6: Pre test online.....	43
Anexo 7: Post test online.....	44
Anexo 8: Rúbrica de valoración del caso clínico.....	45
Anexo 9: Rúbrica de valoración del juego de rol.....	46

Resumen.

Introducción: Existe una gran cantidad de información con respecto al dolor y su abordaje. Actualmente, este conocimiento no es aplicado de manera correcta en los pacientes que no pueden expresar verbalmente su dolor. Esta situación se agrava en aquellas personas que requieren cuidados paliativos y padecen patología psiquiátrica, como el Alzheimer.

Objetivos: Este proyecto pretende proporcionar a los profesionales de enfermería conocimientos y herramientas sobre el abordaje del dolor en cuidados paliativos a pacientes que padecen Alzheimer, garantizando cuidados de calidad.

Metodología: Este proyecto educativo se impartirá mediante 3 sesiones formativas, en ellas se aplicarán técnicas educativas expositivas, de desarrollo de habilidades y de análisis.

Implicaciones para la práctica enfermera: mejorar la valoración del dolor en el Alzheimer.

Palabras clave/ términos DECS: Dimensión del dolor, Demencia, Enfermedad de Alzheimer, Geriátrica, Calidad de la atención y Enfermería de Cuidados Paliativos al Final de la Vida.

Abstract.

Introduction: There is a large amount of information regarding pain and its management. Currently, this knowledge is not correctly applied to patients who are unable to verbally express their pain. This situation is further aggravated in individuals who require palliative care and suffer from psychiatric conditions, such as Alzheimer's disease.

Objectives: This project aims to provide nursing professionals with knowledge and tools for managing pain in palliative care for patients with Alzheimer's disease, ensuring quality care.

Methodology: This educational project will be delivered through 3 training sessions, in which expository teaching techniques, skill development, and analysis methods will be applied.

Implications for nursing practice: Improve pain assessment in Alzheimer's disease.

Keywords/ terms MeSH: Pain Measurement, Dementia, Alzheimer's Disease, Geriatrics, Quality of Care, and Hospice and Palliative Care Nursing.

1. Presentación.

Este proyecto educativo está dirigido a los profesionales sanitarios que realizan sus labores en el ámbito hospitalario, en concreto en las unidades de cuidados paliativos de la comunidad de Madrid. Se pretende dotar a los profesionales de enfermería de conocimientos referentes a cuidados de enfermería y estrategias para abordar el dolor físico en pacientes con Alzheimer, de tal forma que sean capaces de proporcionar una atención integral a los pacientes que padecen dicha patología mediante una correcta valoración del dolor.

Este proyecto surge debido a que esta enfermedad genera en los pacientes una serie de requerimientos específicos en sus cuidados dada su fisiopatología, al tratarse de una patología neurodegenerativa que afecta a todas las esferas del paciente y en concreto a la comunicación de los pacientes, lo que supone en los profesionales una serie de dificultades para poder ofrecer atención adecuada.

A su vez este proyecto está inspirado en mi abuelo, debido a que el padeció enfermedad de Alzheimer y a pesar de que el dolor que padeció se mantuvo estable en las fases iniciales; sin embargo, en la última fase de la enfermedad previo a su fallecimiento, dada su clínica, resultó complicado para los profesionales de cuidados paliativos poder abordar el dolor que padeció.

Durante mucho tiempo las personas que padecen enfermedades mentales han sido estigmatizadas y en este caso ha supuesto tener una concepción sobre el padecimiento del dolor errónea en estos pacientes. Esto ha generado una gran barrera para los profesionales sanitarios, en cuanto al cuidado y evaluación del dolor.

Como se ha descrito, los pacientes que padecen la enfermedad de Alzheimer presentan gran dificultad para poder expresar su dolor, esto para los profesionales sanitario continua siendo un reto a la hora de la valoración del mismo, debido a la falta de herramientas y estrategias que reciben en su formación, la cual se centra en la valoración del dolor a pacientes que pueden expresar su intensidad del dolor o con una adecuada comunicación.

Es por esto por lo que encontramos una gran dificultad para los profesionales de cuidados paliativos, en el abordaje del dolor en pacientes que padecen enfermedad de Alzheimer.

Quiero agradecer este TFG a mi abuelo, a mis padres y a Yaiza.

2. Estado de la cuestión.

Para la elaboración del documento, la búsqueda bibliográfica se ha realizado mediante la búsqueda de términos DeCS y MeSH, los cuales se muestran en la tabla 1.

Las fuentes que se han empleado han sido diversas bases de datos como, Pubmed, Dialnet, Elsevier, Ebsco y libros. Se han empleado buscadores booleanos como “AND” y “OR”. Los términos DeCS y Mesh utilizados son los siguientes:

Descripción literal	Términos DeCS	Términos MeSH
Alzheimer	Enfermedad de Alzheimer	Alzheimer Disease
Demencia	Demencia	Dementia
Dolor	Dimensión del Dolor	Pain Measurement
Cuidados paliativos	Enfermería de Cuidados Paliativos al Final de la Vida	Hospice and Palliative Care Nursing
Atención	Calidad de la Atención	Quality of Care
Geriatría	Geriatría	Geriatrics

Tabla 1. Términos MeSH y DeSC empleados en la búsqueda bibliográfica.

2.1. Fundamentación.

2.1.1. Conceptualización de la enfermedad de Alzheimer.

Es un tipo de demencia degenerativa, la cual se manifiesta en el paciente como un deterioro progresivo e irreversible en sus funciones cognitivas, afectando a su vez en su esfera biopsicosocial. También se puede definir como un trastorno neurocognitivo (TNC), en el que se produce un deterioro gradual de las neuronas, lo que acaba resultando en una serie de daños en las habilidades del enfermo (1).

La enfermedad de Alzheimer (EA) es la causa de demencia más común, aunque actualmente se han desarrollado diferentes enfoques en las investigaciones. La causa por la que se produce este envejecimiento celular en los pacientes, viene originada por la acumulación de placas de proteína beta – amiloide, estas placas interfieren en la comunicación neuronal y se encuentran en el líquido cefalorraquídeo (2).

La demencia es la pérdida del funcionamiento cognitivo (pensar, recordar y razonar) y de las habilidades conductuales que interfiere con la vida y las actividades de la vida diaria. La demencia varía en gravedad y puede observarse en el enfermo desde la etapa más leve, cuando recién comienza a afectar el funcionamiento de la persona, hasta la etapa más grave, cuando la persona depende completamente de los demás para recibir ayuda con las actividades básicas de la vida diaria (3).

El diagnóstico definitivo de EA se basa en la clínica, la exploración neurocognitiva mediante el uso de pruebas cognitivas como el Mini Mental State Examination (MMSE), el Fototest o el test del reloj, y el uso de pruebas complementarias como: pruebas de laboratorio (las cuales descartan otras causas de deterioro cognitivo, que incluyen el estudio de hemograma, glucosa, calcio, perfil renal y hepático, TSH, vitamina B12 y ácido fólico), pruebas de imagen para el diagnóstico como la resonancia magnética y tomografía computarizada, electroencefalograma (son capaces de detectar un enlentecimiento de la actividad cerebral que muestra una posible disfunción neuronal) y pruebas genéticas (4).

➤ **Síntomas de la enfermedad.**

En los pacientes que padecen la EA, se puede observar la siguiente sintomatología (5):

- Deterioro de la memoria, suele ser el primer síntoma en manifestarse. Cursa como una pérdida al nivel de la memoria, siendo incapaz de recordar nueva información (amnesia anterógrada), así como otros tipos de memoria, como la memoria semántica (de conceptos y vocabulario) y la memoria de trabajo (de hechos inmediatos). Siendo estas dos últimas frecuentes en fases más avanzadas. La memoria a largo plazo no suele estar afectada. A su vez la persona presenta otras manifestaciones como olvidarse de los nombres de las personas, pérdida de atención y concentración, y pérdida en la capacidad de juicio y en la toma de decisiones.
- Desorientación espacial y temporal, pudiendo comprometer la seguridad de la persona al realizar actividades fuera entorno sin encontrarse acompañado.
- Alteraciones del lenguaje, se puede observar un empobrecimiento del vocabulario, con un uso redundante de frases hechas y conversaciones enlentecidas. Puede observar en la fase inicial empeorando conforme se desarrolla la enfermedad.

- Alteración de la cognición social, dificultad para reconocer emociones y padecen alteración en sus habilidades sociales.
- Anosognosia, el enfermo no es consciente del deterioro cognitivo que está sufriendo, esto puede llevar al paciente a realizar actividades sin estar capacitado.
- Aparición de alteraciones psicológicas, como la depresión (apatía, indiferencia, desinterés y bajo estado de ánimo), alteraciones de la conducta (agitación, agresividad) y síntomas psicóticos como delirios y alucinaciones. Su aparición es más frecuente en fases avanzadas de la enfermedad.

➤ **Evolución de la enfermedad.**

La evolución de la EA se puede diferenciar en diferentes fases o etapas (1,6):

Predemencia: generalmente es complicado distinguir esta fase de la sintomatología del envejecimiento no patológico. Siendo uno de los primeros síntomas en presentarse la pérdida de memoria episódica, el rendimiento sensorial y el motor pueden encontrarse levemente afectados.

Fase leve: Se observa una alteración de la memoria episódica, la cual se manifiesta dificultando recordar a la persona lo que ha ocurrido hace unos minutos. Suele padecer deterioro en la percepción del espacio y el tiempo. También suele manifestarse con déficit en la concentración y cansancio junto con cambios de humor repentinos.

Fase moderada: La memoria continua deteriorándose por la dificultad de recordar nuevas vivencias, aparece la afasia y la apraxia, junto con necesidad de recibir ayuda en tareas como el vestirse y el aseo personal. También se hace presente otro síntoma como la dificultad para reconocer familiares y se desarrolla la pérdida de consciencia sobre su enfermedad.

Fase grave: Se presenta un gran deterioro en sus capacidades intelectuales en todas las esferas biopsicosociales, no es capaz de reconocer a ningún familiar ni cuidador incluso su propio rostro. Puede presentar temblores y ataques epilépticos, junto con alteraciones en el comportamiento frente a sus cuidadores. Puede llegar a perder incluso sus recuerdos más antiguos, llegando a necesitar ayuda total en sus actividades de la vida diaria y a su vez presenta un lenguaje significativamente deteriorado.

➤ **Impacto en las esferas del paciente.**

• **Esfera motora**

La esfera motora puede verse afectada en la demencia avanzada que perjudica la función, la seguridad, la atención y la calidad de vida de la persona. Los síntomas que pueden presentarse en el paciente son el deterioro de la movilidad, aparición de temblores, bradicinesia, discinesia, inestabilidad postural, la marcha (7,8).

Los estudios sobre la alteración motora que sufre los pacientes con EA, declaran que estos pacientes presentan una velocidad de marcha más lenta, así como una zancada más corta y variable. El equilibrio y el control postural también se ven afectados y a su vez informan sobre un deterioro del control motor fino en pacientes con deterioro cognitivo leve y EA. Debido a esta disfunción motora se podría predecir el resultado de riesgo de caídas. Los síntomas físicos, cognitivos y conductuales de la demencia presentan desafíos únicos para la evaluación de la movilidad, los pacientes necesitan intervenciones específicas (8,9).

• **Esfera psicosocial**

A medida que progresa la enfermedad, el rol social del paciente en la familia y su entorno se ve afectada, debido a que el individuo pierde autonomía en cuanto a la realización de actividades de la vida diaria u otras actividades en su entorno cuando un familiar o persona cercana asume sus responsabilidades. El paciente, a su vez, puede mostrar frustración y enojo, a menudo dirigidos a sus seres queridos debido a la pérdida de autonomía y alteración de su esfera social, dando como resultado la depresión, dicha enfermedad coexiste con la demencia en el 30% de los pacientes con EA. Los síntomas neuropsiquiátricos afectan al 90% de las personas con demencia en algún momento durante el curso de su enfermedad. La agitación, que con frecuencia incluye agresión, es particularmente común entre las personas con demencia moderada a severa, generando en términos generales alteraciones en su esfera psicosocial (10,11).

El cuidado de la demencia produce además un mayor nivel de estrés y ansiedad que el de otras enfermedades crónicas generadoras de discapacidad, presente en más de un 75% de los cuidadores. Debido a esta sobrecarga, los cuidadores muestran un incremento considerable de la frecuencia de enfermedades psicológicas y físicas en comparación con controles de su edad. Además, suelen tener mayores niveles de depresión, síntomas somáticos, sensación de aislamiento social, peores niveles de salud percibida y necesitan de atención psicológica y consumo de fármacos psicotrópicos en mayor medida que la población general, además de disponer de menos tiempo para llevar (12).

- Esfera cognitiva

Uno de los primeros y más evidentes afectaciones en esta esfera es la pérdida de memoria a corto plazo, lo que a su vez conforme progresa la enfermedad la memoria a largo plazo también se ve afectada. Las personas con EA desarrollan dificultades en el lenguaje, lo que les lleva a desarrollar un lenguaje incoherente e incompleto, a su vez es común que se desorienten en cuanto al tiempo y al espacio con facilidad, con forme se desarrolla la enfermedad presentan dificultad para concentrarse en la realización de tareas o simplemente estar atentos, en etapas avanzadas pierden la capacidad de reconocer objetos y personas, junto con alteraciones en la capacidad para el juicio, la toma de decisiones y la resolución de problemas, lo cual lo realizaban sin dificultad (5,6).

2.1.2. Dolor físico en el Alzheimer.

El dolor se puede definir según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) como: *“Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial”* (13).

La IASP establece la naturaleza y el concepto de “dolor total”, para poder resolver algunas dudas respecto al propio término del dolor, la cual plantea que el concepto de “dolor total” hace referencia a que el dolor no solo causa repercusiones físicas sino que afecta a los estados psicológicos, espirituales y sociales que han sido identificados como susceptibles de ser intervenidas por el modelo de atención paliativa integral multidisciplinar, para la correcta atención holística de los pacientes (14).

➤ Características del dolor en el Alzheimer

El dolor es común en las personas con demencia y representa una característica fundamental del tratamiento y la atención. Las personas con demencia pueden experimentar dificultad para verbalizar el dolor y esto origina obstáculos para poder detectar y tratar adecuadamente el dolor, lo que acaba perjudicando la recuperación y agravando el deterioro funcional (15,16).

El dolor en los pacientes con Alzheimer y otras formas de demencia puede ser más difícil de identificar y manejar debido a varias razones relacionadas con los síntomas propios de la enfermedad. Estos pacientes pueden experimentar dolor de manera diferente a las personas sin demencia. Se pueden describir algunas características clave del dolor en personas con Alzheimer (17,18):

- Hiperestesia o hiposensibilidad: Algunos pacientes pueden tener una percepción aumentada (hiperestesia) o reducida (hiposensibilidad) del dolor debido a cambios en el sistema nervioso central. Esto puede hacer que no reconozcan el dolor, o, por el contrario, que reaccionen de manera exagerada.
- Alteraciones cognitivas: La disminución de la memoria y la capacidad cognitiva, pueden hacer que los pacientes no reconozcan que están experimentando dolor o no sean capaces de identificarlo correctamente.
- Respuestas físicas no verbales: Las personas con EA puede mostrar signos de dolor mediante reacciones físicas o gestos (tensar el cuerpo, llorar, frotarse una parte del cuerpo).
- Cambios en el comportamiento: Pueden sufrir cambios en su comportamiento los cuales pueden reconocerse como manifestaciones del dolor, como la agitación, irritabilidad, agresividad o trastornos del sueño.

Los tipos de dolor más frecuentes que sufren los pacientes que padecen EA son (16,17):

- Dolor musculoesquelético: Como la artritis, contracturas o dolor en las articulaciones y músculos, que es común en personas mayores. Los pacientes pueden no ser conscientes de la causa del dolor o no ser capaces de localizarlo.
- Dolor neuropático: Es causado por alteraciones en los nervios, las cuales pueden mostrar síntomas de incomodidad o dolor sin poder describirlo con precisión.
- Dolor relacionado con enfermedades subyacentes: Trastornos comunes como infecciones urinarias, úlceras por presión o estreñimiento, que pueden ser difíciles de identificar en pacientes con Alzheimer, pero pueden causar dolor significativo.

2.1.3. Cuidados paliativos y Alzheimer.

La OMS definió los cuidados paliativos en 1990 como: *“el cuidado activo e integral de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo. Su máximo interés se concentra en el control del dolor y de otros síntomas, así como en los problemas psicológicos, sociales y espirituales”* (19).

Los Cuidados Paliativos, también conocidos como cuidados tipo Hospice como se denominaron en muchos países anglosajones en sus orígenes, son un tipo de cuidados con un enfoque especial orientados a proporcionar bienestar o confort y apoyo a los pacientes y sus familias en las fases finales de una enfermedad terminal. Estos cuidados tratan de garantizar que los pacientes vivan sus últimos días conscientes y libres de dolor, con los síntomas bajo control, permitiendo que sus últimos días transcurran con dignidad, en su hogar o en un entorno cercano, rodeados sus seres queridos (20,21).

Estos cuidados no tienen como fin prolongar la vida ni tampoco acelerar la muerte. Tienen como finalidad estar presentes durante todo el proceso de la enfermedad, aportando conocimientos especializados de cuidados médicos y psicológicos, además de ofrecer apoyo emocional y espiritual durante todas las fases de la enfermedad en un entorno seguro (20,21).

Tienen como objetivo mejorar la calidad de la atención prestada a los pacientes en situación avanzada/terminal y sus familiares, promoviendo una atención integral durante todo el proceso y coordinada mediante un equipo interdisciplinar que cubra sus necesidades y respete su autonomía, sus valores y su dignidad (21).

➤ **Rol de enfermería.**

Las enfermeras desempeñan un papel crucial en los cuidados paliativos y en el alivio de los síntomas, ya que contribuyen a la coordinación y continuidad de la atención. Garantizan que la atención esté enfocada en el paciente, atendiendo de manera adecuada las necesidades de los pacientes. Su intervención es esencial para garantizar una atención de calidad, centrada en el paciente y en sus necesidades (22).

Dentro de los cuidados paliativos, el rol de la enfermería trata de orientarse en mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades avanzadas e incurables, aliviando su sufrimiento y proporcionando un apoyo integral tanto al paciente como a su familia. Podríamos destacar las siguientes funciones de enfermería (23):

- Evaluación y planificación de cuidados: La enfermería en cuidados paliativos lleva a cabo una evaluación integral del paciente, la cual incluye no solo necesidades físicas, sino a su vez aspectos emocionales, psicológicas, sociales y espirituales. A partir de esta evaluación, se desarrolla un plan de cuidados individualizado que aborda los síntomas y las preocupaciones del paciente mediante la coordinación del equipo multidisciplinar (24).

- Manejo del dolor y otros síntomas: La enfermería tiene la responsabilidad de la administración de medicamentos y tratamientos para el control del dolor y la gestión de otros síntomas comunes en las fases terminales de la enfermedad, como la disnea, náuseas, ansiedad o estreñimiento. Esto puede incluir la administración de opioides, analgésicos y otras terapias complementarias prescritas por los facultativos (22):
- Educación y comunicación: La enfermería juega un papel clave en la educación de la familia sobre el proceso de la enfermedad y en la orientación para proporcionar cuidados en el hogar, cuando sea necesario. Además, se encarga de garantizar una comunicación efectiva entre el equipo multidisciplinario (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, entre otros.) y la familia (25).
- Cuidado al final de la vida: En la fase final del proceso de la enfermedad, enfermería brinda cuidados para asegurar que el paciente en las mejores condiciones posibles. Esto incluye la atención a los cambios físicos que se presentan en los últimos días de vida, como la higiene, el manejo de la incontinencia, el cuidado de la piel, la prevención de úlceras por presión y la sedación cuando es necesario (25,26).
- Soporte emocional y psicológico: El trabajo de enfermería también abarca el apoyo emocional tanto al paciente como a su familia, que enfrentan situaciones de gran angustia. Esto incluye el acompañamiento, la escucha activa y la orientación sobre el proceso de la enfermedad y el final de la vida (26).
- Trabajo en equipo interdisciplinario: La enfermería en cuidados paliativos presenta una labor colaborativa con médicos, trabajadores sociales, psicólogos, capellanes y otros profesionales asegurando que el paciente reciba un enfoque integral y coordinado (27).
- Soporte a la familia después de la muerte: Tras el fallecimiento del paciente, la enfermería continúa brindando apoyo y cuidado a la familia, siendo participe en el proceso de duelo y proporcionándoles recursos y herramientas para hacer frente al dolor y la pérdida (28).
- Acompañamiento en la toma de decisiones: Enfermería apoya al paciente y a su familia en la toma de decisiones informadas sobre los cuidados, respetando sus deseos y valores en relación con la intervención médica, la alimentación, la hidratación y la calidad de vida (29).

2.1.4. Abordaje del dolor en el Alzheimer.

Los pacientes con un diagnóstico primario o secundario de demencia representan un 45 % del total de pacientes que son atendidos por parte de cuidados paliativos. Sin embargo, los profesionales de cuidados paliativos rara vez reciben capacitación específica para la demencia (29).

La valoración del dolor en pacientes con EA por parte de los profesionales de cuidados paliativos es un proceso complejo ya que estos pacientes pueden experimentar dificultades para expresar y comunicar sus sensaciones de dolor debido a que las regiones cerebrales involucradas en el procesamiento y la modulación del dolor se dañan durante la EA (30).

Los profesionales de salud deben aplicar un enfoque multidimensional para la evaluación el dolor, dado que los síntomas y la respuesta pueden variar en cada individuo. Esto implica que las enfermeras deben contar con una serie de conocimientos y formación suficientes en la evaluación y el tratamiento del dolor en pacientes con demencia. Sin embargo, las investigaciones sugieren déficits en esta área por lo que dificulta la evaluación del dolor (31).

Para realizar una correcta valoración en los pacientes con EA se deberían realizar los siguiente métodos:

- Identificación de signos no verbales:
 - Posturas anormales: Los pacientes pueden adoptar posturas que indican incomodidad, como encorvarse o evitar algunos movimientos (32).
 - Cambios en el comportamiento: En pacientes con EA avanzado que presentan dificultad para comunicarse verbalmente, los indicadores de dolor pueden manifestarse a través de agitación, irritabilidad, gritos, llanto o alteraciones en el patrón de sueño (32).
 - Expresión facial: La expresión facial puede ser un indicador clave de dolor; fruncir el ceño o mostrar una expresión facial tensa son signos de malestar (33).

- Evaluación del dolor:
 - Las barreras para el manejo del dolor y su relación con los resultados del dolor, confiables en cuanto a la intensidad del dolor, pueden abordarse utilizando diversas escalas y herramientas, lo cual es recomendable combinar dichas herramientas para una correcta valoración del dolor (34).

- Cuestionarios y entrevistas a familiares y cuidadores
 - Los cuidadores, familiares o personas cercanas al paciente pueden ser una fuente valiosa de información, ya que están en contacto frecuente con el paciente y pueden observar cambios en el comportamiento o rutinas que indiquen la presencia de dolor. Preguntar directamente sobre alteraciones en la conducta del paciente es fundamental, ya que estas personas pueden identificar posibles señales de incomodidad, que no son evidentes para los profesionales. Esto se logra a través de una comunicación eficaz (35).

- Manejo multidisciplinar
 - El manejo del dolor en pacientes con EA debe realizarse mediante un esfuerzo conjunto entre médicos, enfermeros, terapeutas ocupacionales y psicólogos. Un enfoque integral (psicosocial y espiritual) es esencial para desarrollar un plan de atención que asegure la identificación y un correcto manejo del dolor, teniendo en consideración otros problemas físicos que puedan agravar el malestar del paciente (36).

- Evaluación continua
 - Dado que los pacientes con EA pueden padecer dificultades para comunicar su dolor de manera constante, es crucial realizar una evaluación continua y sistemática, adaptada a la evolución de la enfermedad. El dolor en estos pacientes varía con el tiempo y el tratamiento, por lo que realizar revisiones periódicas es fundamental. Esto debe realizarse mediante una comunicación eficaz y el desarrollo de modelos de cuidados específicos por el equipo de cuidados paliativos, en lugar de utilizar modelos genéricos los cuales no abordan correctamente sus necesidades, como ocurre actualmente (37).

La evaluación del dolor en pacientes con Alzheimer requiere una combinación de observación detallada, el uso de herramientas específicas, y la colaboración estrecha con cuidadores y familiares. El objetivo es identificar signos de dolor que puedan ser tratadas de manera efectiva, mejorando la calidad de vida del paciente y de los familiares (37).

➤ **Herramientas y escalas de valoración del dolor en el Alzheimer.**

En la actualidad existen distintas herramientas y escalas que ayudan al abordaje del dolor por parte de los profesionales de cuidados paliativos, así de esta manera les permita conocer las causas del dolor, observar diferentes conductas relacionadas con el mismo, de tal manera que a partir de ellas puedan realizar una correctos cuidados al paciente para su control (38).

A continuación se desarrollaran las escalas generales que se utilizan en la valoración del dolor:

- Escala Visual Analógica (EVA): Es una de las herramientas más usadas en la valoración del dolor de los pacientes. El paciente debe marcar el punto dentro de una línea horizontal de 10 cm de largo en la cual uno de los extremos indica que no padece dolor y el extremo contrario indica dolor insoportable, de esta manera el paciente puede expresar la intensidad del dolor que sufre. Resulta sencilla, fácil de usar y comprender. Esta escala tiene dificultad para que pacientes con discapacidad cognitiva puedan expresar su dolor e intensidad del mismo (39).
- Escala Numérica del Dolor: Es una escala similar a la EVA, en la cual el paciente en lugar de marcar en una línea su intensidad del dolor, debe verbalizar un numero entre el 0 y el 10, lo cual representa la intensidad del dolor, donde el 0 indica que no padece dolor y el 10 indica dolor insoportable. Presenta la dificultad para aquellos pacientes con discapacidad cognitiva, debido que no sean capaces de verbalizar su dolor (40).
- Escala de Dolor de McGill: Esta escala es una de las más complejas y detalladas, debido a que evalúa la intensidad, la calidad, ubicación y patrones del dolor que padece el paciente. El paciente debe describir verbalmente el dolor, de esta manera proporcione una descripción detallada del dolor, pudiendo el profesional tener una visión completa del dolor. Esta escala tiene diferentes limitaciones, debido a que requiere mucho tiempo y conocimiento para un correcto uso, a su vez para los pacientes que padecen deterioro cognitivo se encuentra limita da debido a que no sean capaces de describir su dolor (41).
- Escala Verbal Descriptiva (VDS): Es una escala que requiere la descripción verbal por parte del paciente de la intensidad de su dolor. El paciente debe calificar su dolor de acuerdo a los 6 grados de la escala, siendo estos, no dolor, dolor leve, dolor moderado, dolor intenso, dolor muy intenso y dolor insoportable. Es una medición del dolor con limitación en cuanto a los pacientes con dificultades cognitivas debdo a que deben describir su dolor verbalmente (41).

- Escala de caras de Wong – Baker: Es una escala muy útil tanto para niños como para pacientes con dificultades de comunicación, en la cual el paciente debe seleccionar una cara con diferentes expresiones de dolor que se asemeje a su experiencia. La limitación radica en que los pacientes con dificultades cognitivas agudas pueden no tener la capacidad para expresarse o comprender la dinámica de la escala (40).

Los pacientes con EA presentan obstáculos para la valoración del dolor, debido a la pérdida de comunicación verbal y su capacidad para identificar y percibir experiencias dolorosas. El dolor de los pacientes con EA no se puede valorar como se ha descrito anteriormente por las escalas generales de valoración del dolor, por lo que para su valoración se realiza mediante escalas específicas para valorar pacientes con alteraciones cognitivas (42). Las herramientas específicas usadas para valorar pacientes con EA son las siguientes:

- Escala de dolor de Abbey: Es una escala diseñada específicamente para valorar el dolor de pacientes que padecen demencias o enfermedades neurodegenerativas que afectan gravemente a su esfera cognitiva, por lo que puede resultar que estas personas no puedan comunicar verbalmente el dolor. Evalúa el dolor a través de conductas y comportamientos observables por los profesionales, como la postura, expresiones faciales y actividad motora. Esta escala requiere que los profesionales presenten una serie de conocimientos y habilidades sobre la escala, debido a que es una valoración subjetiva (43).
- Escala de evaluación del dolor en la demencia avanzada (PAINAD): Escala de valoración del dolor para adultos mayores que presentan demencia severa, la cual trata de valorar mediante la observación de expresiones faciales, la respiración, vocalización y conductas físicas y emocionales. Es una herramienta compleja la cual requiere conocimiento y preparación previa por parte del profesional (44).
- Escala de dolor de Movilización – Observación – Comportamiento – Intensidad - Demencia (MOBID2): Escala que valora el dolor mediante la observación de la conducta de los pacientes, siendo capaz de valorar la intensidad del dolor y diferenciar entre el dolor musculoesquelético y visceral. Al igual que los dos escalas anteriores se utiliza para la valoración de pacientes que han perdido la capacidad de comunicarse (45).

➤ **Barreras y dificultades en la valoración del dolor.**

Los pacientes que padecen EA como se ha descrito anteriormente sufren un elevado deterioro cognitivo, esto hace que se generen barreras y dificultades para la valoración del dolor, sus intensidad y características (46). Para la valoración del dolor estas personas presentan diferentes barreras (47):

- Disminución de la capacidad verbal: En las etapas más avanzadas de la enfermedad, los pacientes pueden padecer dificultades para expresar verbalmente el dolor. A medida que avanza la enfermedad los pacientes pierden la capacidad de expresarse, dificultando la evaluación de su dolor.
- Conductas no verbales: La comunicación verbal es limitada, por lo que los pacientes pueden expresar el dolor a través de comportamientos, expresiones faciales, posturas corporales y cambios en la conducta, como agitación o irritabilidad.
- Trastornos conductuales y emocionales: Los pacientes pueden experimentar trastornos como la depresión o la ansiedad, lo que puede llegar a dificultar la evaluación del dolor.

2.2. Justificación.

Los pacientes con EA padecen deterioro cognitivo, a pesar de ello, numerosos estudios evidencian que la intensidad y las experiencias del dolor que pueden padecer estos pacientes no estas disminuidas (46).

Los profesionales sanitarios, en particular los profesionales de enfermería enfrentan diferentes barreras para evaluar el dolor, las cuales les impiden realizar una atención integral al paciente. Los propios profesionales sanitarios, manifiestan una insuficiencia de formación para poder atender adecuadamente a estos pacientes, lo que les impide valorar a los pacientes con las herramientas adecuadas y, por tanto, abordar su dolor (48).

Estudios previos confirman la existencia de herramientas de evaluación del dolor para aquellas personas que no pueden comunicarse, aun así, son escasas. A su vez estas herramientas se encuentran infrutilizadas debido a la falta de conocimiento por parte de los profesionales para su interpretación, por lo que el uso de estas herramientas es deficiente (49).

La intención final de este proyecto formativo es mostrar a los profesionales de enfermería de cuidados paliativos, qué herramientas utilizar y cómo evaluar el dolor de los pacientes que padecen EA. Para poder detectar sus necesidades, realizar un correcto abordaje del dolor y poder ofrecerles unos cuidados adecuados.

3. Población y captación.

3.1. Población.

La población diana del proyecto formativo serán los profesionales de enfermería de la Comunidad de Madrid que trabajan en unidades y centros de cuidados paliativos que atienden a pacientes. Tratándose de un total de 1500 enfermeros.

En referencia a la población accesible, estará conformada por un total de 300 profesionales de enfermería que realizan sus labores asistenciales en la zona sur de la comunidad de Madrid en:

- Unidades de Cuidados Paliativos de Media Estancia (UCPME) como Hospital Centro de Cuidados Laguna y Hospital Fundación San José.
- Equipos Soporte de Atención Paliativa Hospitalaria (ESAPH) como el Hospital Universitario de Móstoles, el Hospital Universitario de Getafe, el Hospital Universitario Infanta Elena, el Hospital Universitario Severo Ochoa, el Hospital Universitario de Fuenlabrada, el Hospital Universitario Rey Juan Carlos y el Hospital Universitario Fundación Alcorcón.
- Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD), como la Dirección Asistencial Sur de Atención Primaria que cubre Fuenlabrada, Leganés, Getafe, Parla y Alcorcón o como los ESAD de los Hospitales Universitarios de Móstoles, Alcorcón y Getafe.

La población elegible estará conformada por enfermeros que trabajen en centros y unidades de atención paliativa de la zona sur de la Comunidad de Madrid, sin formación en cuidados paliativos y que estén en activo.

La muestra final será determinada por el número final de asistentes a la acción formativa.

3.2. Captación.

En la primera fase del proyecto me pondré en contacto con la dirección del Hospital Universitaria de Móstoles mediante un correo electrónico, exponiendo el proyecto formativo y solicitando la aprobación del mismo para poder comenzar con la sesiones del proyecto educativo (ANEXO I).

Una vez el proyecto formativo haya sido aprobado por la dirección del Hospital Universitario de Móstoles, se comenzará con la captación de la muestra de elección. Se acudirá a las unidades y centros de atención paliativa de la zona sur de la Comunidad de Madrid y se realizarán reuniones con las direcciones de los centros de atención paliativa, con los supervisores de los equipos de atención paliativa hospitalaria y domiciliaria, con el objetivo de poder exponer de manera detallada el objetivo del proyecto educativo. A su vez en las visitas y reuniones, se repartirán folletos y posters informativos (ANEXO II y III).

La inscripción de los profesionales sanitarios, se realizará mediante una URL de una página web, mediante la cual los profesionales podrán acceder a ella mediante un código QR que podrán escanear en los folletos y posters repartidos previamente en las unidades y centros donde se haya realizado la captación.

4. Objetivos.

4.1. Objetivo general.

Dotar a los profesionales de enfermería, que prestan atención en unidades de cuidados paliativos de conocimientos, herramientas y técnicas para abordar la valoración del dolor de los pacientes que padecen EA.

4.2. Objetivos de Salud.

Los objetivos de salud que presenta estas sesiones formativas son las siguientes:

- Mejorar la calidad de vida de los pacientes de cuidados paliativos que padecen EA, asegurando un adecuado abordaje del dolor físico y mejorando la calidad de vida de los pacientes.
- Reducir errores en la evaluación y mal abordaje del dolor, asegurando que los paciente reciban una atención adecuada según sus necesidades de salud.
- Fomentar el uso de herramientas y técnicas específicas de valoración del dolor, para aquellos pacientes que presentan dificultades para expresarse verbalmente.

4.3. Objetivos específicos.

Al termino de las sesiones formativas, los profesionales sanitarios deberán desarrollar una serie de conocimientos, técnicas y actitudes en las siguientes áreas:

- Objetivos de conocimientos:
 - Conocer que es el Alzheimer y que síntomas padecen los pacientes.
 - Distinguir las fases en las que evoluciona la enfermedad en el paciente.
 - Describir el impacto que produce la enfermedad en las esferas del paciente.
 - Conocer en profundidad que características tiene el dolor de los pacientes.
 - Conocer que rol tienen el profesional de enfermería dentro del equipo de cuidados paliativos.
 - Diferenciar las diferentes herramientas y técnicas de evaluación del dolor para un correcto abordaje del mismo.

- Objetivos de actitudes/intereses
 - Escuchar a los familiares de manera activa.
 - Eliminar el estigma relacionado con el dolor en los pacientes con deterioro cognitivo.
 - Valorar el dolor del paciente mediante sus expresiones faciales y gesticulaciones.
 - Mantener una actitud cuidadora.
 - Proporcionar un ambiente adecuado y estable para la valoración.
 - Contar con estrategias para el correcto abordaje del dolor.

- Objetivo de habilidades:
 - Emplear de manera correcta las herramientas y técnicas para la evaluación del dolor.
 - Demostrar el desarrollo de habilidades para la valoración del dolor en pacientes que no pueden expresarse verbalmente.
 - Abordar adecuadamente el dolor de los pacientes.
 - Proporcionar a los pacientes cuidados de calidad.
 - Manejar correctamente las barreras y dificultades que presentan los pacientes en la evaluación del dolor.
 - Dirigirse al paciente y familiares de forma correcta.

5. Contenidos.

Los contenidos que se van a tratar en las sesiones formativas son los siguientes:

- Presentación:
 - Exposición de la metodología y programación de la sesiones formativas.
- Contenidos relacionados con la EA:
 - Qué es la EA y los síntomas que padecen los enfermos.
 - Como evoluciona la enfermedad.
 - Impacto en la esfera motora, psicosocial y cognitiva.
- Contenidos relaciones con los cuidados paliativos:
 - Qué son los cuidados paliativos.
 - Rol de la enfermería dentro del equipo multidisciplinar.
- Contenidos relacionados con el dolor:
 - Dolor físico.
 - Características del dolor que padecen los enfermos.
- Contenidos relacionados con el abordaje del dolor:
 - Valoración del dolor:
 - Evaluación continua.
 - Observación del comportamiento.
 - Colaboración multidisciplinar.
 - Papel de los familiares y cuidadores.
 - Barreras en la valoración del dolor.
 - Herramientas de valoración del dolor:
 - Escalas generales de valoración.
 - Escalas específicas de valoración en la EA.

6. Sesiones.

El proyecto educativo estará conformado por 3 sesiones de 1 hora y 30 minutos cada sesión, cada una de ellas se realizarán en diferentes días, en el transcurso de 2 semanas. El horario de estas sesiones será en turno de tarde , desde las 16:30 hasta las 18:00 en lunes y miércoles.

Las sesiones se impartirán durante dos semanas en el mes de junio.

1ª SESIÓN	LUNES 9 DE JUNIO 16:30 a 18:00
2ª SESIÓN	MIÉRCOLES 11 DE JUNIO 16:30 a 18:00
3ª SESIÓN	LUNES 16 DE JUNIO 16:30 a 18:00

Tabla 2. Cronograma de las sesiones.

Las sesiones estarán conformadas por un máximo de 20 integrantes y se impartirán en un aula colaborativa de formación del Hospital Universitario de Móstoles.

La mayoría de las sesiones serán impartidas mediante el uso técnicas educativas expositivas, las cuales son idóneas para desarrollar sesiones formativas con gran cantidad de contenido teórico, a su vez será importante potenciar la comunicación bidireccional en las sesiones buscando la participación de los participantes.

A su vez se utilizarán técnicas de investigación de aula, mediante el uso de cuestionarios, tormenta de ideas y rejilla de análisis, los cuales permitirán conocer el grado de conocimiento que presentan los participantes y como reorganizar dicho conocimiento.

Se utilizaran técnicas para el desarrollo de habilidades, las cuales permitirán desarrollar habilidades y comportamientos poniéndolos en práctica en posibles situaciones reales, mediante el uso de juegos de rol o simulaciones.

Se utilizaran técnicas de análisis, las cuales se realizaran mediante el uso de casos, en los cuales se entrenaran los contenidos impartidos en las sesiones.

Sesión 1: Contenidos teóricos sobre la EA, enfermería en cuidados paliativos y el dolor.

Al comienzo de la sesión se pedirá a los participantes que firmen en una hoja de asistencia, de tal manera que pueda identificarse quien asistió a la primera sesión del proyecto educativo.

En la primera parte de la sesión se realizara una pequeña presentación por parte de todos los participantes de la sesión y de las personas que impartirán la misma, deberán decir sus nombres y a que equipo de cuidados paliativos pertenecen. A su vez se explicara a los participantes la dinámica de las sesiones, la duración y los contenidos que se van a impartir.

En la segunda parte de la sesión, se realizara un pre test online cuya finalidad trata de conocer el grado de conocimiento que presentan los participantes sobre los contenidos a tratar.

Tras conocer el grado de conocimiento de los participantes, en la tercera parte se impartirá el primer bloque teórico mediante el uso de una presentación, en la cual se explicara la EA y todo contenido teórico. Mientras se imparten los distintos contenidos teóricos en las sesiones, se buscara potenciar una comunicación bidireccional con el objetivo de un alto grado de participación de los participantes.

La cuarta parte de la sesión, se impartirá el segundo bloque teórico mediante el uso de una presentación, en la cual se explicaran que son los cuidados paliativos y cuál es el rol que presenta la enfermería en ellos.

La quinta parte de la sesión, se realizara una dinámica de tormenta de ideas, en la cual los participantes deberán aportar diferentes ideas sobre la enfermedad y la concepción que tienen sobre el dolor que sufren estos pacientes. El objetivo de esa dinámica, trata de poder eliminar y conocer falsas ideas y mitos, a su vez sensibilizando a los participantes.

Por último, se impartirá el tercer bloque teórico de esta sesión mediante el uso de una presentación, en la cual se explicara que es el dolor físico y sus características en la enfermedad. Para cerrar la sesión se pedirá a los participantes que realicen un comentario sobre la sesión, se realizara la despedida y se recordará el horario y el día de la segunda sesión.

Los recursos utilizados en la primera sesión son: dispositivos electrónicos, proyector, internet, bolígrafos y aula con sillas.

Sesión 1: Contenidos teóricos sobre la EA, enfermería en cuidados paliativos y el dolor.

Contenidos	Objetivos	Técnicas	Recursos	Duración
Presentación de los participantes y ponentes. Explicación de la dinámica de las sesiones formativas.	<ul style="list-style-type: none"> • Crear un ambiente adecuado para la formación. • Iniciar el acercamiento entre el grupo y romper la tensión. 	Los participantes se presentarán y mencionaran a que equipo pertenecen en la atención paliativa.	Aula con sillas	10 minutos
Valoración de los conocimientos mediante un pre test online.	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer los conocimientos de los participantes de la temática a tratar. 	Técnica de investigación de aula mediante la realización de un cuestionario.	Proyector, internet y dispositivos electrónicos.	10 minutos
Explicación teórica sobre la EA y cómo evoluciona en el paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Que los participantes obtengan conocimientos relacionados con la enfermedad. 	Técnica expositiva, se realizará mediante el uso de una presentación de los contenidos y su explicación.	Proyector, dispositivo electrónicos y presentación teórica.	20 minutos
Explicación teórica sobre los cuidados paliativos y el rol que presenta la enfermería.	<ul style="list-style-type: none"> • Que los participantes obtengan conocimientos teóricos sobre el rol que presenta la enfermería. 	Técnica expositiva, se realizará mediante el uso de una presentación de los contenidos y su explicación.	Proyector, dispositivo electrónicos y presentación teórica.	20 minutos
Prejuicios relacionados con el dolor de la EA.	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer los prejuicios de los participantes sobre el dolor de la EA. • Sensibilización con la enfermedad 	Tormenta de ideas	Aula con sillas	10 minutos
Caso clínico	<ul style="list-style-type: none"> • Poder aplicar los conocimientos aprendidos. 	Técnica expositiva, se realizará mediante el uso de una presentación de los contenidos y su explicación.	Proyector, dispositivo electrónicos y presentación teórica.	20 minutos

Sesión 2: Contenidos teóricos sobre la valoración del dolor.

Al comienzo de la sesión se pedirá a los participantes que firmen en una hoja de asistencia, de tal manera que pueda identificarse quien asistió a la segunda sesión del proyecto educativo.

En la primera parte de la sesión, se realizará una tormenta de ideas sobre los contenidos más importantes que se hayan impartido en la primera sesión. Esta técnica ayudara en la evaluación de los contenidos que recuerdan los participantes y permitirá fortalecer los mismos.

Tras conocer el grado de conocimiento sobre la primera sesión de los participantes, la segunda parte se impartirá el primer bloque teórico mediante el uso de una presentación, en la cual se explicara como evaluar el dolor de forma continuada.

La tercera parte de la sesión, se impartirá el segundo bloque teórico mediante el uso de una presentación, en la cual se explicaran que cuales son los comportamientos que presentan los pacientes y como identificar los signos no verbales frente al dolor.

Seguidamente se realizará un descanso de la sesión, que tendrá una duración de 10 minutos.

A continuación, en la cuarta parte de la sesión se impartirá el tercer bloque teórico mediante el uso de una presentación, en la cual se explicara el papel que presentan los familiares y cuidadores, como la importancia de la colaboración multidisciplinar para valorar el dolor.

Por último se realizará un análisis de un caso clínico entre los participantes. Se utilizara esta técnica de análisis, buscando que los participantes pongan en práctica los contenidos de la sesión, fortalezcan los contenidos y por ultimo sirva a modo de evaluación para conocer el grado de conocimientos aprendidos.

Para cerrar la sesión se resolverán dudas de los participantes sobre los contenidos impartidos, se realizara la despedida y se recordará el horario y el día de la segunda sesión.

Los recursos utilizados en la primera sesión son: dispositivos electrónicos, proyector, internet, bolígrafos y aula con sillas.

Sesión 2: Contenidos teóricos sobre la valoración del dolor.

Contenidos	Objetivos	Técnicas	Recursos	Duración
Repaso de la primera sesión.	<ul style="list-style-type: none"> Consolidar los contenidos impartidos en la primera sesión. 	Tormenta de ideas	Aula con sillas	10 minutos
Explicación teórica sobre la evaluación continua del dolor.	<ul style="list-style-type: none"> Que los participantes obtengan conocimientos relacionados con la valoración del dolor de los pacientes. 	Técnica expositiva, se realizará mediante el uso de una presentación de los contenidos y su explicación.	Proyector, dispositivo electrónico y presentación teórica.	15 minutos
Explicación teórica sobre cambios en el comportamiento e identificación de signos no verbales.	<ul style="list-style-type: none"> Que los participantes obtengan conocimientos teóricos sobre la identificación de signos no verbales y comportamientos en el dolor. 	Técnica expositiva, se realizará mediante el uso de una presentación de los contenidos y su explicación.	Proyector, dispositivo electrónico y presentación teórica.	15 minutos
Descanso de 10 minutos.				
Explicación teórica sobre el papel de familiares y cuidadores y la colaboración multidisciplinar.	<ul style="list-style-type: none"> Que los participantes obtengan conocimientos teóricos sobre la importancia de la colaboración multidisciplinar y el papel de los familiares y cuidadores. 	Técnica expositiva, se realizará mediante el uso de una presentación de los contenidos y su explicación.	Proyector, dispositivo electrónico y presentación teórica.	20 minutos
Explicación teórica sobre el dolor físico y sus características en la EA.	<ul style="list-style-type: none"> Practicar los conocimientos aprendidos. 	Técnica de análisis, se realizará mediante la presentación de un caso clínico.	Proyector y dispositivo electrónicos.	20 minutos

Sesión 3: Contenidos teóricos sobre barreras y herramientas de valoración del dolor en la EA.

Al comienzo de la última sesión se pedirá a los participantes que firmen en una hoja de asistencia, de tal manera que pueda identificarse quien asistió a la tercera sesión del proyecto educativo.

Posteriormente, se realizará una tormenta de ideas sobre los contenidos más importantes que se hayan impartido en la sesión anterior. Esta técnica ayudara en la evaluación de los contenidos que recuerdan los participantes y permitirá fortalecer los mismos.

Seguidamente, se impartirán los dos primeros bloques teóricos de la sesión, mediante el uso de una presentación, en la cual se explicarán las complicaciones y barreras que existen para la valoración del dolor en la EA, como las escalas generales de valoración del dolor.

En continuación, se realizará un descanso de la sesión, que tendrá una duración de 10 minutos.

En la siguiente parte de la sesión, se impartirá el ultimo bloque teórico de la sesión, mediante el uso de una presentación, en la cual se explicará las escalas específicas de valoración del dolor en la EA.

Para finalizar, se realizara diferentes juegos de rol o simulaciones, en las que deberán participar los participantes de la sesiones. Se recrearan situaciones en las cuales se realizaran valoraciones de los gestos no verbales y comportamientos, a su vez se pondrá en práctica las escalas de valoración especifica del dolor.

Para cerrar la sesión se resolverán dudas de los participantes sobre los contenidos impartidos y se realizará la despedida del proyecto educativo.

Los recursos utilizados en la primera sesión son: dispositivos electrónicos, proyector, internet, bolígrafos y aula con sillas.

Sesión 3: Contenidos teóricos sobre barreras y herramientas de valoración del dolor en la EA.

Contenidos	Objetivos	Técnicas	Recursos	Duración
Repaso de la segunda sesión.	<ul style="list-style-type: none"> Consolidar los contenidos impartidos en la segunda sesión. 	Tormenta de ideas	Aula con sillas	10 minutos
Explicación teórica sobre las barreras en la valoración del dolor.	<ul style="list-style-type: none"> Que los participantes obtengan conocimientos relacionados con las complicaciones que existen en la valoración de estos pacientes. 	Técnica expositiva, se realizará mediante el uso de una presentación de los contenidos y su explicación.	Proyector, dispositivo electrónico y presentación teórica.	15 minutos
Explicación teórica sobre escalas generales de valoración.	<ul style="list-style-type: none"> Que los participantes obtengan conocimientos teóricos sobre el uso de las herramientas básicas de valoración del dolor. 	Técnica expositiva, se realizará mediante el uso de una presentación de los contenidos y su explicación.	Proyector, dispositivo electrónico y presentación teórica.	15 minutos
Descanso de 10 minutos.				
Explicación teórica sobre escalas específicas de valoración en la EA.	<ul style="list-style-type: none"> Que los participantes obtengan conocimientos teóricos sobre el uso de las herramientas específicas de valoración del dolor en EA. 	Técnica expositiva, se realizará mediante el uso de una presentación de los contenidos y su explicación.	Proyector, dispositivo electrónico y presentación teórica.	15 minutos
Juego de rol o simulación sobre la valoración del dolor y aplicación de herramientas específicas de valoración.	<ul style="list-style-type: none"> Practicar las herramientas de valoración aprendidas, desarrollando habilidades para utilizarlas correctamente, 	Técnica desarrollo de habilidades, se realizará mediante un juego de rol o simulación.	Aula con sillas.	15 minutos
Valoración de los conocimientos mediante un post test online.	<ul style="list-style-type: none"> Valorar los objetivos de conocimientos obtenidos tras terminar las sesiones. 	Técnica de investigación de aula mediante la realización de un cuestionario.	Internet y dispositivos electrónicos.	10 minutos

7. Evaluación.

Se realizará la evaluación del proceso de enseñanza-aprendizaje, mediante la evaluación del cumplimiento de los objetivos establecidos previamente, la estructura del proyecto educativo y el funcionamiento del mismo. La evaluación se dividirá en dos:

- Evaluación de los resultados educativos: se evaluará si se han conseguido los objetivos de actitud, habilidades, conocimiento y salud.
- Evaluación de la estructura y proceso educativo: se evaluará la estructura del proyecto educativo, el horario, la difusión, el contenido impartido en las sesiones, el lugar donde se realizan las sesiones y los recursos que se han utilizado para impartirlas.

7.1. Evaluación de la estructura del proceso.

Esta evaluación se realizará mediante la presencia de un observador, el cual analizará el grado de participación de los participantes, junto con el desarrollo de las sesiones educativas impartidas por el educador. Se realizará mediante el uso de una rúbrica de exposición oral (ANEXO IV), la cual debe ser respondida por el observador mediante valoración cualitativa.

A su vez, esta evaluación se realizará mediante el uso de una encuesta de satisfacción del proyecto formativo (ANEXO V), la cual será entregada a los participantes de las sesiones, los cuales deberán responder de manera anónima a distintas preguntas de manera cuantitativa.

7.2. Evaluación de los resultados educativos.

La evaluación de los objetivos de conocimiento se realizará mediante un pre test online (ANEXO VI), el cual será completado por los participantes en la primera sesión del proyecto, a su vez se realizará esta evaluación mediante un post test online (ANEXO VII) completado por los participantes en la tercera sesión del proyecto. Esto permitirá valorar el grado de conocimiento que han obtenido los participantes al finalizar las sesiones y su grado de evolución. Esta evaluación se realizará mediante técnicas de investigación de aula.

La evaluación de los objetivos de conocimiento se realizará a su vez mediante técnicas de análisis, la cual será un caso clínico realizado en la primera sesión del proyecto por parte de los participantes. La valoración de estos objetivos se realizará mediante la presencia de un observador, el cual completará una rúbrica del caso clínico (ANEXO VIII), esto nos permitirá el grado de capacidad crítica y conocimientos obtenidos. A su vez esta rúbrica nos permitirá valorar los objetivos de actitudes que han obtenido los participantes, en cuanto a la sensibilización con el tema y los prejuicios resueltos en la sesiones.

La evaluación de los objetivos de habilidad se realizará mediante la presencia de un observador, el cual completará una rúbrica de la simulación o juego de rol (ANEXO IX). Para poder valorar estos objetivos los participantes del proyecto realizarán en la tercera sesión una simulación o juego de rol, que permitirá valorar el grado de objetivos de habilidad que han adquirido los participantes.

8. Bibliografía.

- (1) Gabandé Fantova JD, Hernández Antón R, Ruiz Clavero FJ, Andrés Artal S, Diarte Garós D, Elguea Sarto L. El Alzheimer: artículo monográfico. *Revista Sanitaria de Investigación* 2024;5(5):61 .
- (2) Wesenhagen KEJ, Teunissen CE, Visser PJ, Tijms BM. Cerebrospinal fluid proteomics and biological heterogeneity in Alzheimer's disease: A literature review. *Critical Reviews in Clinical Laboratory Sciences* 2020 February 17;57(2):86–98.
- (3) Investigación enfermera sobre los síntomas y los signos en las fases de la enfermedad del Alzheimer. Editorial Universidad de Almería (edual); 2018.
- (4) Khachaturian ZS. Criterios revisados para el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer: directrices de diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer del Instituto Nacional sobre el Envejecimiento y la Asociación de Alzheimer. *Alzheimers Dement* 2011 - 05;7(3):253–256.
- (5) Ruiz Hernández C, Gaspar Tobajas O, Bueno Moros MJ, Montesinos García CM, Antón Agudo R, Gascón San Miguel C. Enfermedad de Alzheimer de inicio temprano: caso clínico. *Revista Sanitaria de Investigación* 2024;5(4):301.
- (6) Toro Paca MJ, Parra Parra DR, Pacheco Mena NV, Alvarado Galarza AG. Enfermedad de Alzheimer. *RECIMUNDO: Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento* 2022;6(4):68–76.
- (7) Del Din S, Kirk C, Yarnall AJ, Rochester L, Hausdorff JM. Body-Worn Sensors for Remote Monitoring of Parkinson's Disease Motor Symptoms: Vision, State of the Art, and Challenges Ahead. *Journal of Parkinson's Disease* 2021 June 17;11(s1):S35–S47.
- (8) Van Ooteghem K, Musselman K, Gold D, Marcil MN, Keren R, Tartaglia MC, et al. Evaluación de la movilidad en la demencia avanzada: una revisión del alcance y un análisis de viabilidad. *Gerontologist* 2019-11-16;59(6):e683–e696.

- (9) Poirier G, Ohayon A, Juranville A, Mourey F, Gaveau J. Deterioration, Compensation and Motor Control Processes in Healthy Aging, Mild Cognitive Impairment and Alzheimer's Disease. *Geriatrics* 2021 /3;6(1):33.
- (10) Perel VD. Psychosocial impact of Alzheimer disease. *JAMA* 1998 -04-01;279(13):1038–1039.
- (11) Ballard C, Corbett A, Orrell M, Williams G, Moniz-Cook E, Romeo R, et al. Impact of person-centred care training and person-centred activities on quality of life, agitation, and antipsychotic use in people with dementia living in nursing homes: A cluster-randomised controlled trial. *PLOS Medicine* 2018 February 6;15(2):e1002500.
- (12) Villarejo Galende A, Eimil Ortiz M, Llamas Velasco S, Llanero Luque M, López de Silanes de Miguel C, Prieto Jurczynska C. Informe de la Fundación del Cerebro. Impacto social de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *Neurología* 2021 -01-01;36(1):39–49.
- (13) Gutiérrez C. La IASP actualiza la definición de dolor por primera vez desde 1979. 2020 -07-20T09:10:24+00:00.
- (14) Fajardo-Chica D. Sobre el concepto de dolor total. *Revista de Salud Pública* 2020 May 1;22(3):368–372.
- (15) Corbett A, Husebo BS, Achterberg WP, Aarsland D, Erdal A, Flo E. The importance of pain management in older people with dementia. *British Medical Bulletin* 2014 -09-01;111(1):139–148.
- (16) Feast AR, White N, Lord K, Kupeli N, Vickerstaff V, Sampson EL. Pain and delirium in people with dementia in the acute general hospital setting. *Age and Ageing* 2018 -11-01;47(6):841–846.
- (17) Corbett A, Husebo B, Malcangio M, Staniland A, Cohen-Mansfield J, Aarsland D, et al. Assessment and treatment of pain in people with dementia. *Nat Rev Neurol* 2012 -05;8(5):264–274.

- (18) Nowak T, Neumann-Podczaska A, Deskur-Śmielecka E, Styszyński A, Wieczorowska-Tobis K. Pain as a challenge in nursing home residents with behavioral and psychological symptoms of dementia. *Clin Interv Aging* 2018 May 25;13:1045–1051.
- (19) Corrigan PW, Kleinlein P. *The impact of mental illness stigma*. 2005.
- (20) *Historia de los cuidados paliativos – SECPAL*.
- (21) Antonio Pascual López. *Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud*. 2007:20–22.
- (22) Huisman BAA, Geijteman ECT, Dees MK, Schonewille NN, Wieles M, van Zuylen L, et al. Role of nurses in medication management at the end of life: a qualitative interview study. *BMC Palliat Care* 2020 May 13;19:68.
- (23) Weber M, Grohmann L. Time expenditure in patient-related care provided by specialist palliative care nurses in a community hospice service. *Palliat Med* 2004 -12;18(8):719–726.
- (24) Fee A, Muldrew D, Slater P, Payne S, McIlfratrick S, McConnell T, et al. The roles, responsibilities and practices of healthcare assistants in out-of-hours community palliative care: A systematic scoping review. *Palliat Med* 2020 September 1;34(8):976–988.
- (25) Veer AJEd, Fleuren MAH, Voss H, Francke AL. Sustainment of Innovations in Palliative Care: A Survey on Lessons Learned From a Nationwide Quality Improvement Program. *Journal of Pain and Symptom Management* 2021 -02-01;61(2):295–304.
- (26) Wang T, Molassiotis A, Chung BPM, Tan J. Unmet care needs of advanced cancer patients and their informal caregivers: a systematic review. *BMC Palliat Care* 2018 -07-23;17(1):96.
- (27) Mitchell S, Maynard V, Lyons V, Jones N, Gardiner C. The role and response of primary healthcare services in the delivery of palliative care in epidemics and pandemics: A rapid review to inform practice and service delivery during the COVID-19 pandemic. *Palliat Med* 2020 October 1;34(9):1182–1192.

- (28) Catania G, Zanini M, Signori A, Molin AD, Pilastrri P, Bottino M, et al. Providing a nurse-led complex nursing Intervention FOCused on quality of life assessment on advanced cancer patients: The INFO-QoL pilot trial. *European Journal of Oncology Nursing* 2021 -06-01;52.
- (29) Lassell RKF, Moreines LT, Luebke MR, Bhatti KS, Pain KJ, Brody AA, et al. Hospice interventions for persons living with dementia, family members and clinicians: A systematic review. *J Am Geriatr Soc* 2022 July 1;70(7):2134–2145.
- (30) Anderson AR, Iversen WL, Carter MA, Moss KO, Cowan RL, Monroe TB. Experimentally evoked pain in Alzheimer's disease. *J Am Assoc Nurse Pract* 2021 March 12;34(1):18–25.
- (31) Burns M, McIlfratrick S. Nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment for people with dementia in a nursing home setting. *Int J Palliat Nurs* 2015 -10;21(10):479–487.
- (32) Jennings AA, Linehan M, Foley T. The knowledge and attitudes of general practitioners to the assessment and management of pain in people with dementia. *BMC Family Practice* 2018 October 10;19(1):166.
- (33) Cravello L, Di Santo S, Varrassi G, Benincasa D, Marchettini P, de Tommaso M, et al. Chronic Pain in the Elderly with Cognitive Decline: A Narrative Review. *Pain Ther* 2019 June 1;8(1):53–65.
- (34) Mayahara M, Foreman MD, Wilbur J, Paice JA, Fogg LF. Effect of Hospice Nonprofessional Caregiver Barriers to Pain Management on Adherence to Analgesic Administration Recommendations and Patient Outcomes. *Pain Management Nursing* 2015 -06-01;16(3):249–256.
- (35) Weisbrod N. Primary Palliative Care in Dementia. *Neurotherapeutics* 2022 -01-01;19(1):143–151.
- (36) Iversen WL, Cowan RL, Atalla S, Englehart SS, Gure TR, Moss KO, et al. Treating the most vulnerable: A discursive review of experimental pain in Alzheimer's disease. *Nurs Open* 2021 June 24;9(2):942–949.

- (37) Lewis S, Triandafilidis Z, Curryer C, Jeong SY, Goodwin N, Carr S, et al. Models of care for people with dementia approaching end of life: A rapid review. *Palliat Med* 2023 July 1;37(7):915–930.
- (38) Boon JT, Herr K, Schirle L, Dietrich MS, Maxwell CA. Caregiving self-efficacy and pain assessment by family caregivers of people living with dementia. *Geriatric Nursing* 2023 -09-01;53:146–152.
- (39) Sung Y, Wu J. The Visual Analogue Scale for Rating, Ranking and Paired-Comparison (VAS-RRP): A new technique for psychological measurement. *Behav Res Methods* 2018;50(4):1694–1715.
- (40) He S, Renne A, Argandykov D, Convissar D, Lee J. Comparison of an Emoji-Based Visual Analog Scale With a Numeric Rating Scale for Pain Assessment. *JAMA* 2022 - 7-12;328(2):208–209.
- (41) Hawker GA, Mian S, Kendzerska T, French M. Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP). *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2011 -11;63 Suppl 11:240.
- (42) Cantón-Habas V, Carrera-González MdP, Moreno-Casbas MT, Rich-Ruiz M. Spanish adaptation and validation of the Pain Assessment Scale in Advanced Dementia (PAINAD) in patients with dementia and impaired verbal communication: cross-sectional study. *BMJ Open* 2021 /06/01;11(6):e049211.
- (43) Hedman C, Fürst P, Strang P, Schelin MEC, Lundström S, Martinsson L. Pain prevalence and pain relief in end-of-life care – a national registry study. *BMC Palliative Care* 2024 July 15;23(1):171.
- (44) Dunford E, West E, Sampson EL. Psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia scale in an acute general hospital setting. *Int J Geriatr Psychiatry* 2022 -12;37(12).

- (45) Scuteri D, Contrada M, Loria T, Sturino D, Cerasa A, Tonin P, et al. Pain and agitation treatment in severe dementia patients: The need for Italian Mobilization–Observation–Behavior–Intensity–Dementia (I-MOBID2) pain scale translation, adaptation and validation with psychometric testing. *Biomedicine & Pharmacotherapy* 2022 -06-01;150:113013.
- (46) Tinnirello A, Mazzoleni S, Santi C. Chronic Pain in the Elderly: Mechanisms and Distinctive Features. *Biomolecules* 2021 /8;11(8):1256.
- (47) Malara A, De Biase GA, Bettarini F, Ceravolo F, Di Cello S, Garo M, et al. Pain Assessment in Elderly with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *J Alzheimers Dis* ;50(4):1217–1225.
- (48) Tsai YI-, Browne G, Inder KJ. Documented nursing practices of pain assessment and management when communicating about pain in dementia care. *J Adv Nurs* 2022 -10;78(10):3174–3186.
- (49) Tegenborg S, Fransson P, Martinsson L. Translation, cultural adaptation and recommendations for clinical implementation of the Abbey Pain Scale to a Swedish dementia care context. *Nurs Open* 2023 -03;10(3):1367–1374.

ANEXOS

Anexo 1: Correo electrónico a la dirección del Hospital Universitario de Móstoles.

Buenos días,

Mi nombre es Juan De Ozaeta Gutiérrez, estudiante del grado de Enfermería en la Universidad Pontificia de Comillas (Ciempozuelos).

Me dirijo a ustedes, para informarles que he desarrollado con motivo de la realización de mi TFG, un proyecto formativo, el cual está centrado en el abordaje del dolor en cuidados paliativos para pacientes que sufren Alzheimer. A su vez, les escribo para solicitarles una sala colaborativa donde poder impartir las sesiones.

Este proyecto formativo, está dirigido a los profesionales de enfermería que realizan su labor profesional en las unidades y equipos de cuidados paliativos del sur de la Comunidad de Madrid, de los siguientes centros: Hospital Universitario de Móstoles, Hospital Universitario de Getafe, Hospital Universitario Infanta Elena, Hospital Universitario Severo Ochoa, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Hospital Universitario Rey Juan Carlos y el Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

El objetivo de este proyecto, trata de proporcionar a los profesionales conocimientos y herramientas, con la finalidad de mejorar garantizar cuidados de calidad, mediante una adecuada valoración del dolor a los pacientes que padecen Alzheimer.

Quedo a su disposición para proporcionar cualquier detalle adicional que necesiten. Agradezco de antemano su tiempo y consideración y espero contar con su apoyo en este proyecto.

Atentamente, Juan De Ozaeta Gutiérrez.

Anexo 2: Folleto informativo.



Curso de abordaje del dolor somático del paciente con Alzheimer en cuidados paliativos.

 Del 9 junio al 16 de junio

 Duración 1:30h

 3 sesiones formativas

 Presencial

Dirigido a enfermería GRATUITO

Contenido de la sesiones

Abordaje del dolor somático del paciente con Alzheimer en cuidados paliativos.

Sesión 1:
Contenidos teóricos sobre la EA, enfermería en cuidados paliativos y el dolor.

Sesión 2:
Contenidos teóricos sobre la valoración del dolor.

Sesión 3:
Contenidos teóricos sobre barreras y herramientas de valoración del dolor en la EA.

Inscríbete escaneando el QR



Para más información:
Juan.o.g.cursoformación@gmail.com

Anexo 3: Póster informativo.



Curso de abordaje del dolor somático del paciente con Alzheimer en cuidados paliativos.

-  Del 9 junio al 16 de junio
-  Duración 1:30h
-  3 sesiones formativas
-  Presencial

Dirigido a enfermería **GRATUITO**

Anexo 4: Rúbrica de exposición oral.

	Insuficiente	Mejorable	Bueno	Excelente
La habilidad de comunicación es adecuada.				
La claridad y organización de la exposición es la correcta.				
El vocabulario y lenguaje es el apropiado.				
Presenta dominio del contenido.				
Los recursos visuales utilizados son adecuados.				
La exposición es creativa e innovadora.				
La interacción con los participantes es la correcta.				
Los movimientos durante la exposición y la postura corporal es la adecuada.				
La dinámica de la información es la apropiada.				

Anexo 5: Encuesta de satisfacción.

Marque con una valoración del 1 al 10 el grado de satisfacción con respecto a las siguientes preguntas:

1. ¿La temática de la sesiones le ha parecido interesante?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. ¿Los materiales y los recursos educativos proporcionados han sido adecuados?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. ¿Los conocimientos impartidos en la formación podrás ponerlos en práctica?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4. ¿El tiempo dedicado a las sesiones crees que es el apropiado?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5. ¿La organización de la formación profesional ha sido la correcta?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

6. ¿La metodología de formación aplicada es la adecuada?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

7. ¿Cuál ha sido tu grado de satisfacción general?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Anexo 6: Pre test online.

Responda a las siguientes preguntas:

1. ¿Qué es el Alzheimer?
2. ¿Qué impacto tiene en las esferas del pacientes padecer Alzheimer?
3. ¿Qué signos no verbales pueden indicar que un paciente con Alzheimer está padeciendo dolor?
4. ¿Qué son los cuidados paliativos?
5. Indica cuales son los puntos clave para valorar el dolor de un paciente.
6. ¿Enumera qué herramientas de valoración del dolor conoces?
7. ¿Qué esperas obtener de las sesiones formativas?

Anexo 7: Post test online.

Responda a las siguientes preguntas:

1. ¿Qué rol desempeña enfermería dentro de los equipos de cuidados paliativos?
2. ¿Qué barreras presentan estos pacientes para la evaluación del dolor?
3. Indica que herramientas son útiles para valorar el dolor de un paciente con Alzheimer.
4. ¿Qué diferencias existen sobre cómo padecen el dolor un paciente con Alzheimer y otro paciente que padece otra enfermedad?
5. Indica en que contexto utilizarías estas herramientas de valoración del dolor.
6. ¿Qué estrategias utilizarías para valorar el dolor de un paciente que no puede expresarse verbalmente?
7. ¿Qué es lo más te ha llamado la atención de las sesiones formativas?

Anexo 8: Rúbrica de valoración del caso clínico.

	Insuficiente	Mejorable	Bueno	Excelente
Análisis completo del caso clínico.				
Aplicación adecuada de los conocimientos teóricos de la sesiones.				
Identificación de barreras y complicaciones.				
Propuesta de intervención y plan de cuidados.				
Justificación adecuada del plan de cuidados y las decisiones clínicas.				
Adecuada aplicación de la ética enfermera.				
Adecuada resolución de preguntas.				
Correcta resolución del caso clínico.				

Anexo 9: Rúbrica de valoración del juego de rol.

	Insuficiente	Mejorable	Bueno	Excelente
La anamnesis es adecuada.				
La valoración física es la correcta.				
La identificación y valoración del dolor es el adecuado.				
La comunicación con el paciente y la familia/cuidador principal es la adecuada.				
Uso de herramientas específicas de valoración del dolor.				
Valoración de los efectos producidos en las esferas del paciente.				
Propuesta de intervención y plan de cuidados.				
Adecuada resolución de la simulación o juego de rol.				