

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA



**Prácticas y barreras en el manejo no farmacológico del dolor por
profesionales enfermeros en un hospital público de Chiclayo, 2023**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

AUTOR

Angie Cristina Toro Burga

ASESOR

Mirian Elena Saavedra Covarrubia

<https://orcid.org/0000-0002-8139-3816>

Chiclayo, 2024

**Prácticas y barreras en el manejo no farmacológico del dolor por
profesionales enfermeros en un hospital público de Chiclayo, 2023**

PRESENTADA POR
Angie Cristina Toro Burga

A la Facultad de Medicina de la
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
para optar el título de

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

APROBADA POR:

Adela Rosanna Nuñez Odar
PRESIDENTE

Nelly Guillermina Sirlopu Garcès
SECRETARIO

Mirian Elena Saavedra Covarrubia
VOCAL

Dedicatoria

A mis padres, quienes siempre han estado a mi lado, brindándome su amor, paciencia y aliento constante. Agradezco profundamente su comprensión durante mis largas horas de estudio y su inquebrantable confianza en mis capacidades.

A mis abuelos, por ser las personas después de mis padres que más se preocuparon por mí y por mis estudios profesionales. Gracias por todas sus enseñanzas y por el acompañamiento en todo este proceso.

A Abby, mi compañera incondicional, por acompañarme en las largas noches de estudio, brindarme su amor incondicional y hacerme más humana.

Agradecimientos

A Dios, quien forjado mi camino y me ha guiado por el sendero correcto, el que en todo momento está conmigo ayudándome a crecer como persona.

A mi asesora, la Dra. Mirian Elena Saavedra Covarrubia, por su guía constante, paciencia y conocimientos expertos. Su dedicación y compromiso con mi desarrollo académico han sido fundamentales para el éxito de esta investigación.

A los profesionales de enfermería que pertenecen al Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo por haberme brindado sus conocimientos y su tiempo a lo largo de la investigación.

TORO BURGA ANGIE -Prácticas y barreras en el manejo no farmacológico del dolor por profesionales enfermeros en un hospital público de Chiclayo, 2023

INFORME DE ORIGINALIDAD

5%

INDICE DE SIMILITUD

5%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

0%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

worldwidescience.org

Fuente de Internet

<1 %

2

www.researchgate.net

Fuente de Internet

<1 %

3

livrosdeamor.com.br

Fuente de Internet

<1 %

4

www.slideshare.net

Fuente de Internet

<1 %

5

es.slideshare.net

Fuente de Internet

<1 %

6

issuu.com

Fuente de Internet

<1 %

7

repositorio.ucv.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

8

eticapsicologica.org

Fuente de Internet

<1 %

Índice

Resumen	7
Abstract	8
Introducción.....	9
Revisión de literatura.....	11
Materiales y métodos	17
Resultados y discusión	20
Referencias	33
Anexos	43

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias

Apagado

Excluir bibliografía

Apagado

Resumen

El dolor tiene una gran relevancia en el nivel socioeconómico y de salud, ya que es un síntoma muy común que lleva a pacientes a consultar centros hospitalarios. Sin embargo, siendo tan común, su tratamiento dista de ser óptimo y holístico, es por ello que el objetivo general de esta investigación es: Determinar prácticas y barreras en el manejo no farmacológico del dolor por profesionales enfermeros en un hospital público de Chiclayo, 2023. Este estudio tuvo un diseño cuantitativo, descriptivo y transversal. La población estuvo conformada por 62 enfermeras asistenciales que laboran en los servicios de hospitalización del Hospital las Mercedes de Chiclayo. La muestra fue censal y el muestreo no probabilístico por conveniencia. Se aplicó de manera presencial el cuestionario Prácticas y barreras en el manejo no farmacológico del dolor por profesionales enfermeros en un hospital público de Chiclayo, 2023. Este cuestionario tiene una validez de V de Aiken de 0,99 y un alfa de cronbach de 0.74. El procesamiento, análisis, e interpretación de datos se realizó en Excel. Las variables (práctica y barrera) se calcularon hallando la frecuencia relativa y absoluta. El resultado más resaltante en la variable práctica es que 90,32% de los profesionales enfermeros siempre aplican el método restricción de movimiento /descanso al paciente y en la variable barrera es que 88.71% es la escasa capacitación en los métodos no farmacológicos. Esta investigación se basó en los principios éticos básicos en la investigación científica: autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia.

Palabras Claves: Dolor (D010146) - Manejo del dolor (D059408) - Personal de Enfermería (D009740) - No farmacológico

Abstract

Pain has great relevance in the socioeconomic and health level, since it is a very common symptom that leads patients to consult hospital centers. However, being so common, its treatment is far from optimal and holistic, which is why the general objective of this research is: Determine practices and barriers in the non-pharmacological management of pain by nursing professionals in a public hospital in Chiclayo, 2023. This study had a quantitative, descriptive and cross-sectional design. The population was made up of 62 care nurses who work in the hospitalization services of the Las Mercedes de Chiclayo Hospital. The sample was census and non-probability sampling for convenience. The questionnaire Practices and barriers in the non-pharmacological management of pain by nursing professionals was applied in person at a public hospital in Chiclayo, 2023. This questionnaire has a validity of Aiken's V of 0.99 and a Cronbach's alpha of 0.74. Data processing, analysis, and interpretation was performed in Excel. The variables (practice and barrier) were calculated by finding the relative and absolute frequency. The most outstanding result in the practice variable is that 90.32% of the nursing professionals always apply the movement/rest restriction method to the patient and in the barrier variable is that 88.71% is the lack of training in non-pharmacological methods. This research was based on the basic ethical principles in scientific research: autonomy, non-maleficence, beneficence and justice.

Keywords: Pain (D010146) - Pain Management (D059408) - Nursing Staff (D009740) - Non-pharmacological

Introducción

El dolor es una vivencia sensorio-sensitiva incómoda, que está vinculada a un deterioro tisular real o potencial¹. Este a nivel mundial constituye el 50% del síntoma principal que lleva a los pacientes al entorno de atención médica y el padecimiento del 79% de los pacientes hospitalizados². El dolor aparte de ser el principal síntoma de consulta, tiene un impacto significativo en el nivel socioeconómico y de salud, debido a que es considerado como un problema de salud pública en el Perú, ya que el 70% de los pacientes que asisten a un centro hospitalario se queja de dolor³, el cual afecta su actividad general, sueño y estado ánimo⁴.

La Asociación Americana del Dolor, considera el dolor como el quinto signo vital; por lo tanto, es tan importante como otros signos vitales. Como resultado, se debe evaluar y tratar de manera meticulosa, como suele hacerse con la temperatura corporal, frecuencia respiratoria, cardíaca y presión arterial⁵. A su vez la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Human Rights Watch, mencionan que el alivio del dolor es un derecho humano, su tratamiento y eliminación es un deber del profesional de salud. Por ello, para poder tratarlo se requiere un elevado nivel teórico y práctico por parte del equipo de especialistas que atienden a estos pacientes^{2,6}.

El tratamiento del dolor se da con mayor frecuencia de manera ambulatoria y en los departamentos de urgencia. Este es caracterizado por ser centralizado en el uso de opioides, dejando de lado la parte holística. Debido a esto, hoy en día existe un abuso en cuanto al consumo excesivo de los opioides para el tratamiento del dolor agudo como crónico, generando dependencia, tolerancia y adicción en los pacientes que lo usan⁷. Este tipo de adicciones se seguirán experimentando mientras se carezca de una cultura y formación dirigida hacia la prescripción responsable y al tratamiento complementario (no farmacológico), por este motivo es de suma importancia estudiar más a profundidad el tratamiento no farmacológico².

Enfermería juega un papel muy importante en el tratamiento del dolor, pues como se sabe, es el profesional de enfermería el principal cuidador intrahospitalario del paciente, ya que es el encargado de estar la gran parte de su tiempo acompañando al paciente, aliviando sus malestares y tratando de brindarle confort durante toda la estadía en el centro hospitalario. Por tanto, debe ser capaz de identificar el dolor en quien lo padece, utilizar correctamente las herramientas de valoración, trabajar de forma óptima con el equipo multidisciplinar, tomar medidas para aliviarlo y constatar la eficacia de los métodos empleados⁸.

En una investigación realizada en Etiopía, se informó sobre la práctica y las barreras de las intervenciones no farmacológicas para el manejo del dolor por el personal de enfermería, donde solo el 26% de las enfermeras tenían buenas prácticas en el manejo del dolor no farmacológico; 21,9% de estas utilizaban la restricción de movimiento/reposo; 18,3% utilizaban rutinariamente la comunicación terapéutica con paciente y familia; 15,4% aplicaban paquetes locales fríos o calientes de forma rutinaria; y 5,3% proporcionaban una habitación tranquila y cómoda/reducir la intensidad de la luz y las alarmas para los pacientes como tratamiento del dolor no farmacológico⁹.

A nivel nacional se realizó una investigación donde se informó sobre el empleo de intervenciones no farmacológicas para el alivio del dolor por parte del personal de enfermería, donde el 56% de los pacientes encuestados respondió que no recibió intervenciones no farmacológicas y el 44% sí las tenía. Entre las intervenciones/cuidados no farmacológicos que brindan las enfermeras están: los tratamientos alternativos para el manejo del dolor, la atención a las necesidades básicas, la escucha activa, el ambiente adecuado, colocación en una posición antálgica, uso de medios de distracción, tono de voz amable, uso de compresas y la orientación al cuidador principal¹⁰.

A nivel local no se encontraron investigaciones relacionadas a las prácticas no farmacológicas y a las barreras en el manejo del dolor por el personal de enfermería.

Este vacío en la investigación nos permitió observar la escasa cuantía de investigaciones dirigidas a las intervenciones no farmacológicas. Debido a esto y a lo anteriormente expuesto, surgió la necesidad de investigar dicho tema y responder la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las prácticas y barreras en el manejo no farmacológico del dolor por profesionales enfermeros en un hospital público de Chiclayo, 2023? Esta investigación tuvo como objetivo general determinar prácticas y barreras en el manejo no farmacológico del dolor por profesionales enfermeros en un hospital público de Chiclayo, 2023; y como objetivos específicos, identificar las prácticas en el manejo no farmacológico del dolor por profesionales enfermeros en un hospital público de Chiclayo, 2023 e identificar las barreras en el manejo no farmacológico del dolor por profesionales enfermeros en un hospital público de Chiclayo, 2023.

Revisión de literatura

A nivel internacional en una investigación realizada en Irán, se estudió el uso de métodos no farmacológicos de manejo del dolor por parte de enfermeros en unidades de cuidados intensivos mediante un estudio descriptivo transversal. Se obtuvo que el 55,8% del profesional de enfermería de las unidades de cuidados intensivos utilizaban métodos de manejo del dolor no farmacológicos. Siendo los más usados el reposicionamiento, la utilización de materiales de confort y la adecuación ambiental. Mientras los menos utilizados fueron la acupuntura y la reflexología. Las barreras más comunes que se presentaron al momento de aplicar los métodos no farmacológicos fueron la fatiga y las múltiples responsabilidades¹¹.

En una investigación realizada en Eritrea, se estudió la utilización de métodos no farmacológicos y las barreras percibidas para el manejo del dolor postoperatorio en adultos por parte de las enfermeras. Se obtuvo que el 45,5% de las enfermeras usaban el apoyo emocional; el 67,5% ayudaban en las actividades diarias y el 61% creaban un ambiente confortable, siendo estos los más utilizados. Mientras que los métodos cognitivo-conductuales se usaban en 5,9% y físicos un 5,8%, siendo apenas aplicados. Con respecto a las barreras percibidas, enfermeras mencionaron que era la gran carga de trabajo (87,7 %); escasez de tiempo (84,4 %); recursos limitados (82,5 %); déficit en las pautas para el manejo del dolor (77,3 %); comportamiento no cooperativo del paciente (57,1 %); diferencia de idioma (64,4 %); falta de conocimientos (50%) y experiencia (40,3%) de los enfermeros¹².

En una investigación realizada en Egipto, se estudió el uso de métodos no farmacológicos de manejo del dolor por parte de los profesionales de enfermería del servicio de cuidados intensivos. Se obtuvo que la gran parte de este personal no aplicaban prácticas de intervención no farmacológicas del dolor con sus pacientes con dolor. Además, las únicas intervenciones no farmacológicas utilizadas por el 6,7% de las enfermeras fueron el reposicionamiento. Con respecto a las barreras percibidas, el 75% de los enfermeros mencionaron a la falta de educación, el 63,3% mencionó a la carga de trabajo y el 53,8% la inestabilidad del paciente¹³.

A nivel nacional se realizó una investigación en Ica, donde se indagó sobre las intervenciones para el manejo del dolor por el personal de enfermería en pacientes de emergencia. En este estudio, se obtuvo que el 56% de los pacientes encuestados respondió que no recibió intervenciones no farmacológicas y el 44%, sí las tenía. Entre las intervenciones/cuidados no farmacológicos que brindan las enfermeras están: los tratamientos alternativos para el manejo

del dolor, la atención a las necesidades básicas, la escucha activa, el ambiente adecuado, colocación en una posición antálgica, uso de medios de distracción, tono de voz amable, uso de compresas y la orientación al cuidador principal ¹⁰.

En una investigación realizada en Pisco, se estudió la intervención de enfermeros en el manejo no farmacológico del dolor de pacientes post-cesareadas. Se obtuvo que el manejo del dolor no farmacológico estuvo presente, pero varía de manera significativa dependiendo en la etapa de cesárea (pre y post). La fase con más intervención no farmacológica fue la de post-operatoria con un 82%, mientras que el pre-operatoria tuvo una intervención de 36%. Las intervenciones más presentes en el post-operatorio fueron: la atmósfera adecuada con un 44%, escucha activa y colocación en posición antálgica con un 41%, el interés sincero y aplicación de técnicas cognitivo-conductuales con un 40% ¹⁴.

A nivel local no se evidenciaron investigaciones referentes al tema.

El dolor según la International Association for the Study of Pain (IASP), es una vivencia sensorio-sensitiva incómoda, que está vinculada a un deterioro tisular real o potencial¹. Este concepto menciona la parte objetiva y física del dolor, mientras que McCaffery¹⁵, ve al dolor desde una perspectiva más subjetiva, definiéndolo como toda aquella expresión que la persona dice que es y que existe siempre y cuando la persona lo manifieste. Estos dos conceptos son unificados por McDonald ¹⁶, el cual menciona que este es una experiencia universal y muy propia que puede pasar desapercibida para los demás. Tunner y Arent-Nielsen¹⁷, a diferencia de las definiciones anteriores, mencionan que el dolor muchas veces no es físico o relacionado a él, sino causado por otros factores, como el estrés o problemas psicológicos, tomando la parte cognitiva-conductual del dolor.

El dolor es tan complejo y personal que su expresión, intensidad, tolerancia, comprensión, percepción y respuesta varían de un paciente a otro. Este según Saunders¹⁸, McDonald¹⁶ y Cason¹⁹ va a ser influenciado por factores. Dentro de estos tenemos a los factores fisiológicos, sociales, espirituales, psicológicos y culturales.

Los factores fisiológicos, como la edad, influyen con mayor frecuencia en el dolor cuando se trata de edades extremas, es decir niños y adultos mayores. Debido a que, los niños generalmente tienen más dificultades en la comprensión y expresión del dolor, mientras que, en los adultos mayores, el dolor se va a ir presentando en patologías, como deterioro físico, funcional y cognitivo. Además, a medida que se va deteriorando su sistema cognitivo, va

apareciendo la confusión, causando que tenga dificultad al momento de expresar de manera detallada su dolor. Está también la genética o herencia, que puede aumentar o disminuir la sensibilidad del paciente frente al dolor^{16,19}. Y, por último, el cansancio, el cual aumenta la percepción del paciente frente al dolor, y disminuye la capacidad de adaptación¹⁹.

Los factores sociales, como la atención, también repercute en la percepción y manejo del dolor, pues a medida que el paciente centra más su atención en el dolor, este aumentará. Es decir, que la atención está asociada al aumento de la percepción del dolor, mientras que la distracción se asocia con una respuesta de dolor menor¹⁹. Está también la experiencia anterior, personas que no han experimentado antes el dolor, generalmente se ponen ansiosas y temerosas, mientras que las personas que anteriormente ya experimentaron tal síntoma, se les será más fácil manejarlo^{16,19}. El apoyo familiar y social, influyen de una manera significativa, pues el hecho que la familia, cuidador o personal de apoyo esté a lado del paciente generalmente puede lograr que la experiencia del dolor sea menos estresante. Los factores espirituales, los cuales van más allá de la religiosidad, estos van a incluir la escucha activa y el acompañamiento¹⁹.

Los factores psicológicos, como la ansiedad, a menudo aumentan la percepción dolorosa. Finalmente, el afrontamiento y sus diferentes mecanismos, pueden tener un impacto distinto en qué tan bien el paciente puede manejar su dolor. Las personas con locus interno, perciben que tienen el control sobre los acontecimientos de su vida, como el dolor. Mientras que las personas que poseen el locus externo, percibirán que el control de este síntoma, lo tendrá un agente externo a ella, como por ejemplo la enfermera¹⁹. Por último, tenemos a los factores culturales; las creencias y valores, los cuales afectan en cómo los pacientes se enfrentan al dolor, como lo expresan y manejan^{16,19}.

Estos factores hacen del dolor una condición compleja y altamente individualizada, que va a requerir de una buena valoración, tratamiento y evaluación. De ahí la importancia de contar con profesionales de la salud competentes y bien equipados que puedan identificar y mitigar esta situación. Para lograr esto, se necesita de una constante capacitación a los profesionales de salud y también de tratamientos multiterapéuticos, más eficaces y completos, en donde se pueda focalizar de manera global los distintos niveles que constituyen al hombre (biológico, social, psicoafectivo y espiritual)². Actualmente existen dos tipos de tratamiento, uno basado en medicación y otro en intervenciones no farmacológicas. Ambos funcionales cuando se emplean por separado, pero lo más recomendable es la utilización en conjunto para lograr un alivio más completo, eficaz y eficiente de esta afección⁹. Este último procedimiento es un complemento

seguro y eficaz. Asimismo, son de bajo riesgo, económicos, bien tolerados por los pacientes y muchos se han utilizado con éxito durante miles de años. Al mismo tiempo, son muy integrales y completos, ya que permiten al paciente participar en el autocuidado, lo que genera cierta independencia^{20,7}. Además, tiene la propiedad poco conocida pero muy positiva de reducir la ansiedad, la depresión, las náuseas, los vómitos, favorecer el sueño, aumentar el bienestar del paciente y su voluntad de participar en su recuperación, al tiempo que reduce el dolor²⁰.

El tratamiento no farmacológico también llamada complementario y/o alternativo consiste en aplicar distintas intervenciones terapéuticas sin recurrir a los medicamentos. Generalmente consiste en aplicar intervenciones físicas, cognitivo-conductuales y del estilo de vida para el tratamiento del dolor, las cuales estarán dirigidas a cada una de las dimensiones del paciente, como la parte física, cognitiva y espiritual^{16,7}(Ver anexo 1).

Las modalidades físicas, suelen ser específicas del paciente e inhiben la entrada nociceptiva y la percepción del dolor. Tienen como objetivo principal el proporcionar confort, modificar las respuestas fisiológicas para reducir la percepción del dolor y optimizar la funcionalidad^{16,19}. Algunas de las medidas son: la estimulación cutánea, el masaje, uso de calor y frío, posicionamiento y reposicionamiento, la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS), la relajación muscular progresiva, la inmovilización/restricción de movimiento, la acupuntura/acupresión, reducción de los decadentes del dolor, y el descanso^{16,19,21}.

Como primera estrategia está la estimulación cutánea, la cual produce un alivio eficiente y transitorio del dolor. Distrae al paciente y concentra toda su atención en los estímulos táctiles. Estimula las fibras nerviosas sensoriales e interfiere con la transferencia y captación del dolor. A su vez activa el sistema de endorfinas y, por tanto, reduce la percepción del dolor^{16,19}. Como segunda medida está el masaje, el cual es el proceso de frotar y amasar partes del cuerpo, especialmente articulaciones y músculos con las manos. Esta medida contribuye al confort debido a que aumenta la circulación sanguínea, linfática y los niveles de dopamina, facilitando la relajación, reducción de la ansiedad, tensión muscular e intensidad del dolor^{16,19,20,21}. Como tercera medida está el uso de calor y frío, el cual va ayudar a aliviar el dolor y promover la cicatrización de los tejidos dañados. La utilización del frío puede aumentar el umbral del dolor, disminuir el edema y suprimir el proceso inflamatorio, mientras que el uso del tratamiento de calor, puede reducir el dolor, la ansiedad, náuseas y la frecuencia cardíaca^{16,19,21}.

Como cuarta medida tenemos al posicionamiento/reposicionamiento o cambio de posición, que va aliviar el dolor muscular, la tensión y la incomodidad. Además, mejora la circulación

sanguínea, previniendo la aparición y desarrollo de úlceras por presión^{16,21}. Como quinta estrategia está la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS), que consiste en aplicar una estimulación eléctrica de bajo voltaje directamente en las zonas de dolor identificada. Este método produce analgesia al estimular fibras aferentes grandes, porque al estimularlas, bloquea las fibras pequeñas que transmiten el dolor^{16,19,21}. Como sexta técnica tenemos a la relajación muscular progresiva, que va a ayudar a la liberación mental y física de la tensión o estrés. Se basa en la contracción y relajación de los diferentes grupos musculares en todo el cuerpo de manera progresiva provocando una sensación de relajación y comodidad^{19,21}. Por último, existen otros métodos físicos tan eficaces como los antes mencionados, aquí están: la inmovilización/restricción de movimiento como la colocación de férulas, la acupuntura/acupresión, reducción de los decadentes del dolor favoreciendo el confort, como la modificación ambiental; y el descanso^{16,19,21}.

Teniendo en cuenta la parte cognitiva del paciente, tenemos a las modalidades cognitivo-conductuales. En esta modalidad se utilizan medidas distractoras para generar la relajación, rediseñar el pensamiento del paciente y facilitar el afrontamiento de las emociones. Tienen como objetivo principal el intentar cambiar la percepción del dolor del paciente, modificar el comportamiento y proporcionar al paciente el sentimiento de control. Algunas de las medidas son: la distracción, la musicoterapia, y la relajación^{16,19}.

Las distracciones, que consisten en proporcionar la cantidad suficiente de estímulos al paciente, con el fin que ignore o se haga inconsciente el dolor. Este método ayuda al direccionamiento de la atención, logrando que la atención del paciente no esté dirigida al dolor^{16,19,20}. La musicoterapia, la cual va a desviar la atención del paciente del dolor, creando una respuesta de relajación^{16,19,20,21}. La provocación de la respuesta de relajación, la cual contribuye disminuyendo y contrarrestando los efectos nocivos del estrés. Técnicas como respiración, yoga y meditación, forman parte de este método^{16,19,20}.

Por último, teniendo en cuenta a la parte espiritual del paciente, tenemos a las modalidades espirituales. Estas abarcan las preocupaciones y valores más íntimos del paciente, pueden diferir dependiendo de los antecedentes culturales del paciente. Algunas de las medidas son: la oración, la cual es una de las actividades espirituales más comunes. Esta puede adoptar diversas formas, incluidas la gratitud, la admisión y la confesión. El objetivo de realizarla es volverse más cercano y amado por Dios, pues se tiene la creencia que Dios es responsable del bienestar

y la salud^{16,21}. Por último, tenemos otras modalidades espirituales como: la reflexión personal sobre la vida y el dolor, el uso de rituales significativos y el tacto terapéutico¹⁶.

Está claro que el tratamiento no farmacológico es una estrategia integral que aumenta la sensación de bienestar del paciente y su voluntad de trabajar para lograr su mejoría, al mismo tiempo que reduce el dolor y alivia otros síntomas (ansiedad, depresión, náuseas, etc). Sin embargo, el manejo del dolor se verá afectado por barreras/obstáculos que impedirán que sea perfecto. Estas barreras suelen estar relacionadas con conceptos erróneos y sesgos; dificultades teórico-prácticas, en el proceso de evaluación, relacionadas con el tratamiento, entorno, características del paciente y su relación con la enfermera.

Como primera barrera tenemos a las dificultades teórico-prácticas, las cuales principalmente se deben a que el dolor todavía se trata como una condición puramente física, olvidando los aspectos psicológicos y sociales²².

Como segunda barrera están las dificultades en el proceso de evaluación. Esto se debe a la dimensión subjetiva, que dificulta reportar el dolor y por tanto evaluarlo, ya que no todos los pacientes saben cómo expresarlo. El dolor es tan complejo que se deben evaluar diversos factores como: mecanismos fisiopatológicos, factores precipitantes, intensidad, impacto en la vida diaria, circunstancias familiares y estado de ánimo del paciente, que en la mayoría de los casos se desconocen por carencia de equipos interdisciplinarios, falta de formación o falta de presupuesto. Por otra parte, están los instrumentos para la evaluación del dolor, los cuales presentan dificultades en la precisión de medidas²².

Como tercera barrera están las dificultades asociadas al tratamiento. Como ya se mencionó el tratamiento debe ser multidisciplinario y tener en cuenta cada una de las dimensiones del paciente. Sin embargo, este requisito en los países en desarrollo a menudo no se cumple debido a restricciones presupuestarias y educativas, haciendo que el manejo del dolor sea ineficaz²².

Como cuarta barrera están las dificultades asociadas a las características psicológicas y físicas del paciente. Esta barrera toma en cuenta al estado en el que se encuentra el paciente, generalmente poseen una movilidad limitada; padecen de ansiedad y depresión; tienen creencias erróneas sobre la enfermedad; no poseen la capacidad adecuada para controlar el dolor y/o tienen la sensación de falta apoyo, haciendo que la respuesta al tratamiento se ralentice²².

Como quinta y última barrera tenemos a las dificultades asociadas a la relación cuidador-paciente. En la mayoría de casos existe divergencias en las creencias del manejo del dolor entre el cuidador y paciente, generando conflictos al momento de la comunicación entre el paciente-cuidador y del cuidador-personal de la salud²².

Materiales y métodos

La presente investigación fue de enfoque cuantitativo²³, porque se buscó comprender y determinar la frecuencia de las variables prácticas y barreras en el manejo no farmacológico del dolor por parte de las enfermeras en un hospital público de Chiclayo (Ver Anexo 1) utilizando métodos matemáticos y estadísticos. Así mismo, el diseño fue no experimental²³, debido a que no se realizó manipulación a ninguna de las dos variables; transeccional o transversal²³, porque la recolección de los datos fue realizada en un solo momento; y descriptivo²³, pues se indagó y describió el estado actual de las dos variables.

La población a investigar estuvo conformada por 67 profesionales de enfermería del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo, dato proporcionado por el departamento de enfermería. Se incluyó a todos los profesionales de enfermería de ambos sexos, que laboran en área de hospitalización (Traumatología, Cirugía Mujeres, Cirugía varones, Medicina Mujeres, Medicina Varones, Unidad de cuidados intensivos y Ginecología), que tengan condición de nombrado y contratado. Se excluyó a profesionales de enfermería que solo laboran en áreas administrativas y que se encuentren de vacaciones. La muestra fue censal²⁴, sin embargo 5 enfermeros decidieron no participar del estudio, por lo que la muestra estuvo constituida por 62 profesionales, el muestreo fue no probabilístico por conveniencia²³.

Al mismo tiempo, la técnica que se utilizó para la realización de la investigación fue la encuesta²⁵ y el instrumento utilizado fue el cuestionario²³: Prácticas y barreras en el manejo no farmacológico del dolor por profesionales enfermeros en un hospital público de Chiclayo, 2023. (Ver Anexo 2). Este instrumento fue creado por Shaaban¹³ y fue evaluado por un panel de expertos de enfermería capacitados en el manejo del dolor. Posteriormente fue adaptado por Zeleke, Kassaw y Eshetie⁹ quienes al igual que el anterior autor, sometieron al instrumento a validación por juicio de expertos. Las investigadoras para este estudio realizaron una adaptación de términos más usados en el ámbito hospitalario basándose en la literatura^{16,20}, para luego volver a realizarle la validez²⁶ correspondiente, con un equipo de 10 expertos de enfermería, con grados de Maestría y Doctorado. Del total de jueces expertos, 7 dieron observaciones en las preguntas N°11, 15, 22, 29; por ello se hizo un segundo envío donde se obtuvo la validación

de todos los ítems, obteniendo una α de Aiken de 0,99 (Ver Anexo 3). Para la confiabilidad²⁶, se realizó un estudio piloto con 30 enfermeras asistenciales de un hospital público de otra provincia, obteniendo un Alfa de Cronbach²⁶ de 0,74 clasificándose como aceptable²⁷ (Ver Anexo 4). El instrumento constó de 40 ítems y estuvo dividido en 3 partes: la primera constó de 7 ítems, de los cuales 2 fueron preguntas abiertas y las restantes cerradas. La segunda parte habló sobre la utilización de prácticas de manejo del dolor no farmacológicas por profesionales de enfermería, estuvo dividida en 3 dimensiones y constó de 13 ítems de escalamiento tipo Likert²³ (A veces, nunca, siempre). La tercera y última parte trató sobre las barreras para el uso de prácticas no farmacológicas de manejo del dolor, al igual que la anterior estuvo dividida en 4 dimensiones y constó de 20 ítems dicotómicos²⁸.

Respecto al proceso de la investigación, esta empezó con la delimitación de un problema, mediante una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos, utilizando palabras claves, descriptores y operadores booleanos. Se examinó las diferentes bases de datos, que permitió definir y determinar el problema de investigación. Seguido a ello, se realizó la redacción de las bases teóricas. Posteriormente, fue registrado al Sistema de Gestión Integrado, luego fue presentado ante el Comité Metodológico de la Escuela de Enfermería. De manera subsecuente, fue presentado al Comité de Ética de la Facultad de Medicina, donde se obtuvo la aprobación mediante la Resolución N° 017-2023-USAT-FMED (Ver Anexo 5); así mismo se solicitó una carta de presentación a la dirección de escuela (Ver Anexo 6), que fue enviada junto al proyecto de tesis, al director del Hospital Las Mercedes de Chiclayo, obteniéndose su aprobación y permiso para realizar la ejecución de proyecto (Ver Anexo 7).

Después, se procedió a la búsqueda de aliados estratégicos (docentes de la universidad que laboran en el hospital), junto con la investigación de la ubicación de cada servicio y los horarios de cada turno, para luego identificar horarios estratégicos, como los cambios de turno (11:00 am - 2:00 pm y 6:00 pm - 8:00 pm). Posterior a eso, se inició con la recolección de datos, la cual fue entre el 20 de abril y 13 de mayo del año 2023. Esta comenzó con la identificación e interacción con la población objetivo. Esta interacción duró 20 minutos máximo, empezando con el saludo correspondiente y la presentación del investigador. Posteriormente, se les preguntó si deseaban participar en esta investigación, si aceptaban, se procedía a la lectura de la hoja informativa (Ver Anexo 8) y a la entrega del cuestionario.

Los datos recolectados fueron procesados, iniciando con la transcripción a Google Forms de los datos obtenidos en el cuestionario administrado presencialmente, para luego exportar la base

de datos de Excel donde se inició el procesamiento de datos. Este inició con la realización de la matriz de procesamiento (Ver Anexo 9) donde se especificaba cada variable a estudiar. Posterior a eso, se comenzó con el análisis de los datos sociodemográficos de la muestra (sexo, servicio donde labora, nivel académico, capacitación y estado civil), a excepción de las variables edad y años de experiencia laboral, debido que antes del análisis, se realizó una recategorización (Ver Anexo 10) de cada una de las variables. Para edad, se utilizó los rangos de los grupos etarios (Joven: 18 a 29 años 11 meses 29 días, Adulto: 30 a 59 años 11 meses 29 días, Adulto mayor: 60 y más años) brindados por el MINSA²⁹ y para los años de experiencia laboral, los rangos de <5 años, 5 a 10 años y >10 años. Después, se aplicó estadística descriptiva, donde se calculó la frecuencia relativa y absoluta de cada una de las variables sociodemográficas, para luego presentarlas en tabla²⁸. A su vez, para las variables principales, se calculó la frecuencia relativa y absoluta de los niveles de medición de cada ítem con respecto a la variable y su dimensión. Para luego presentar los resultados obtenidos por dimensiones y en gráficos de barras²⁸.

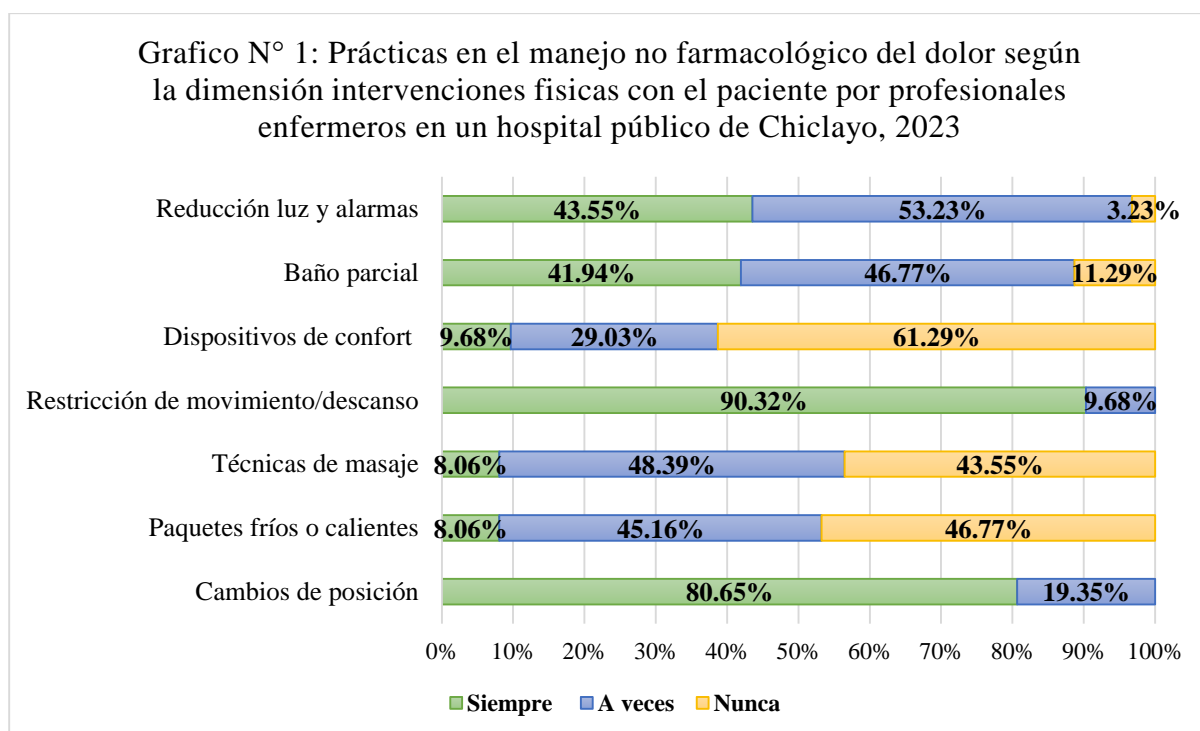
Cabe recalcar que, durante el desarrollo de la investigación, se tuvieron en cuenta los principios éticos básicos en la investigación científica³⁰, el primer principio que se consideró fue el de autonomía, debido a que se permitió la libre y voluntaria participación de los profesionales de enfermería, sin coacción ni presión, recibiendo la hoja informativa, donde se les explicó todo lo referente a la investigación (Ver Anexo 8). El segundo principio que se ejecutó fue el de no maleficencia, pues se mantuvo en confidencialidad la información que brindaron los enfermeros, se respetó la privacidad y la dignidad del ser humano en todo momento. El tercer principio que se utilizó fue el de beneficencia, el cual se cumplió mediante la explicación a los participantes sobre el objetivo de la investigación, utilizando un lenguaje claro, dirigido a obtener su participación en el estudio. Se recalca, que en esta investigación no se otorgó ningún beneficio directo al participante y no se previó riesgos por participar. Por último, se cumplió el principio de justicia, mediante el conocimiento y respeto de las diferencias culturales e individuales de cada persona, basadas en edad, sexo, identidad de género, raza, etnia, cultura, nacionalidad, religión y nivel socioeconómico; por parte del autor hacia los participantes del estudio.

Resultados y discusión

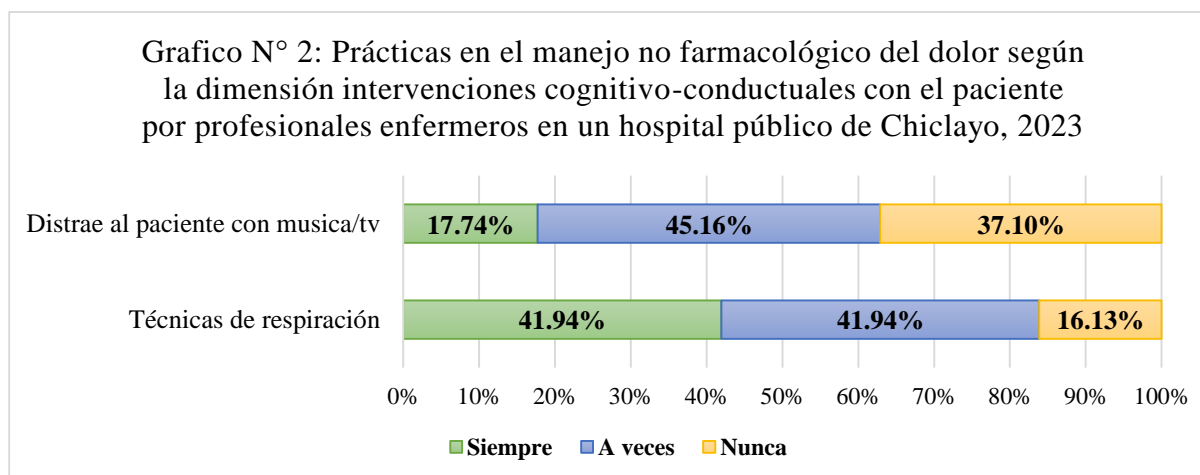
Tabla N° 1: Datos generales de los profesionales enfermeros de un hospital público de Chiclayo, 2023.

<i>Variables</i>	<i>F. Absoluta</i>	<i>F.Relativa</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Servicios</i>			
Traumatología	2	0.03	3%
Cirugía Mujeres	5	0.08	8%
Cirugía varones	6	0.10	10%
Medicina Mujeres	12	0.19	19%
Medicina Varones	12	0.19	19%
Unidad de cuidados intensivos (UCI)	17	0.27	27%
Gineco-obstetricia	8	0.13	13%
<i>Sexo</i>			
Femenino	60	0.97	97%
Masculino	2	0.03	3%
<i>Edad</i>			
Menor a 29	4	0.06	6%
30 a 59	46	0.74	74%
60 a más	12	0.19	19%
<i>Estado Civil</i>			
Soltero	23	0.37	37.1%
Casado	33	0.53	53.2%
Divorciado	2	0.03	3.2%
Viudo	2	0.03	3.2%
Conviviente	2	0.03	3.2%
<i>Años de experiencia</i>			
<5 años	6	0.10	10%
5 a 10 años	21	0.34	34%
>10 años	35	0.56	56%
<i>Nivel académico</i>			
Licenciado	30	0.48	48%
Especialista	23	0.37	37%
Maestría	8	0.13	13%
Doctorado	1	0.02	2%
<i>En el último año recibió capacitación</i>			
Si	14	0.23	23%
No	48	0.77	77%

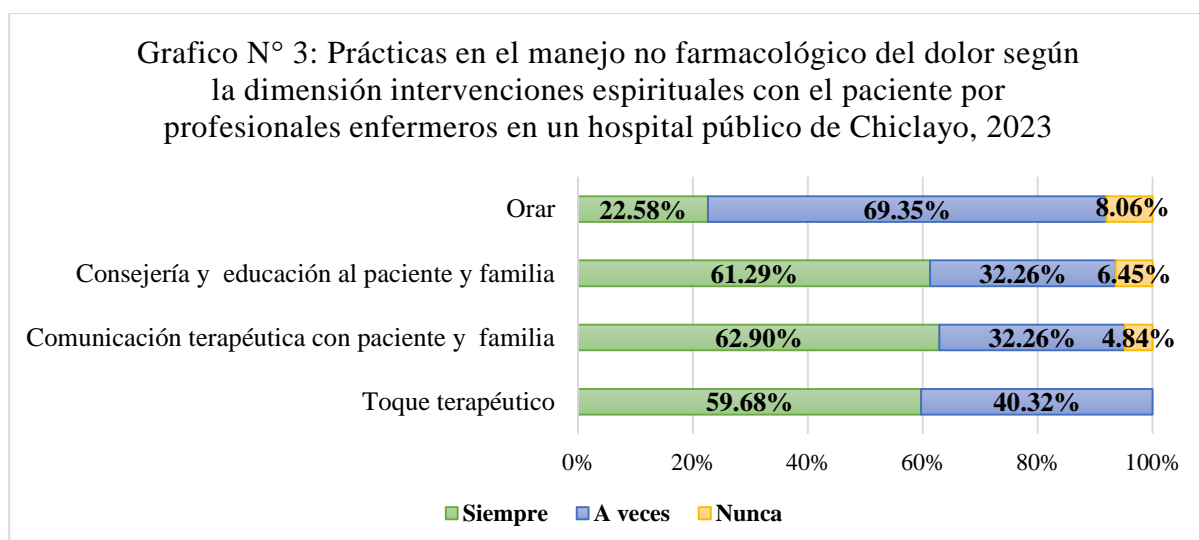
Interpretación: Del total de 62 (100%) profesionales enfermeros encuestados, el 27% labora en el servicio de UCI, y 3% en traumatología. En relación al sexo, 97% de ellos fueron del sexo femenino y 3% del masculino. En el rango de edad, 74% se encuentran entre 30 a 59 años y 6% menos de 29 años. En el estado civil, 53,2% son casados. En experiencia laboral, 56% tienen >10 años y 10% <5 años. En lo relacionado al nivel académico 48% son licenciados y solo un 2 % tienen el grado de doctor. En cuanto al último año en que recibieron capacitación, 77% respondió que no recibió y 23% si recibió capacitación.



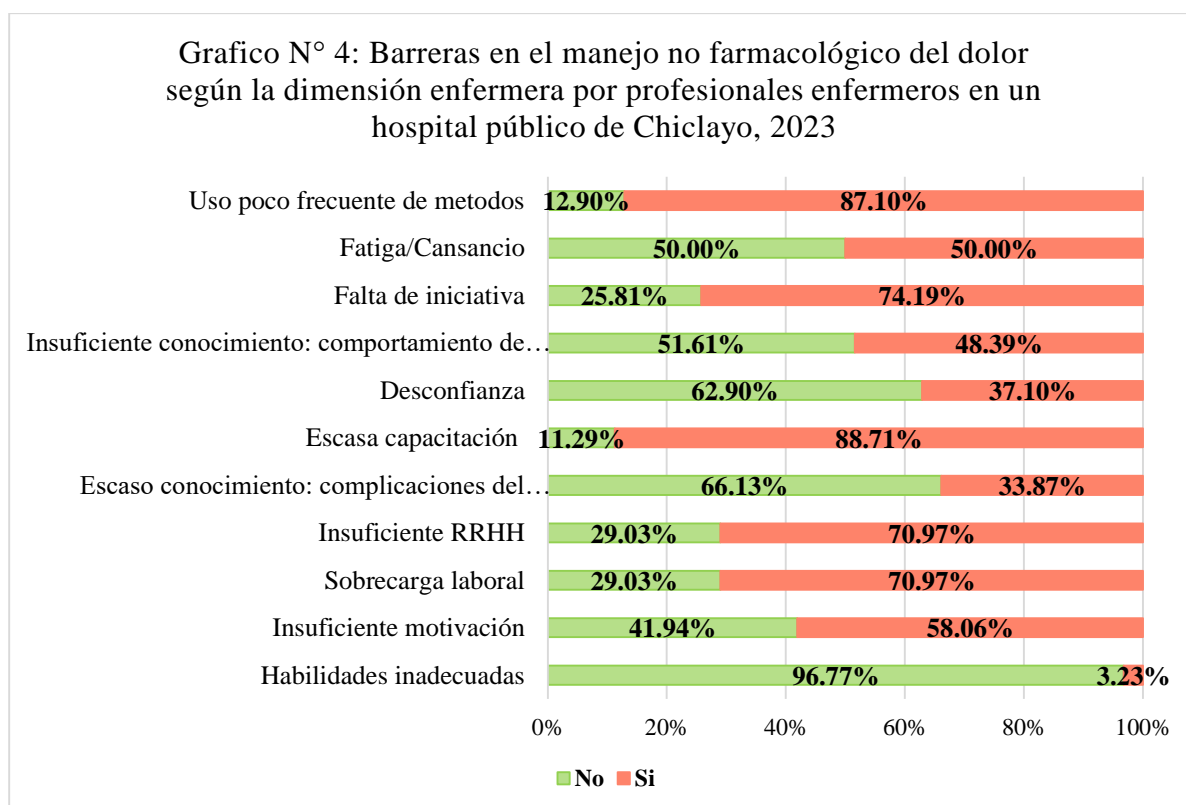
Interpretación: En relación a las prácticas en el manejo no farmacológico del dolor según las intervenciones físicas se observa que 90,32% de los profesionales enfermeros siempre aplican el método restricción de movimiento /descanso al paciente; 53,23% a veces reducen la intensidad de luz y el sonido de alarmas; el 61,29% de los profesionales enfermeros nunca utilizaron dispositivos de confort.



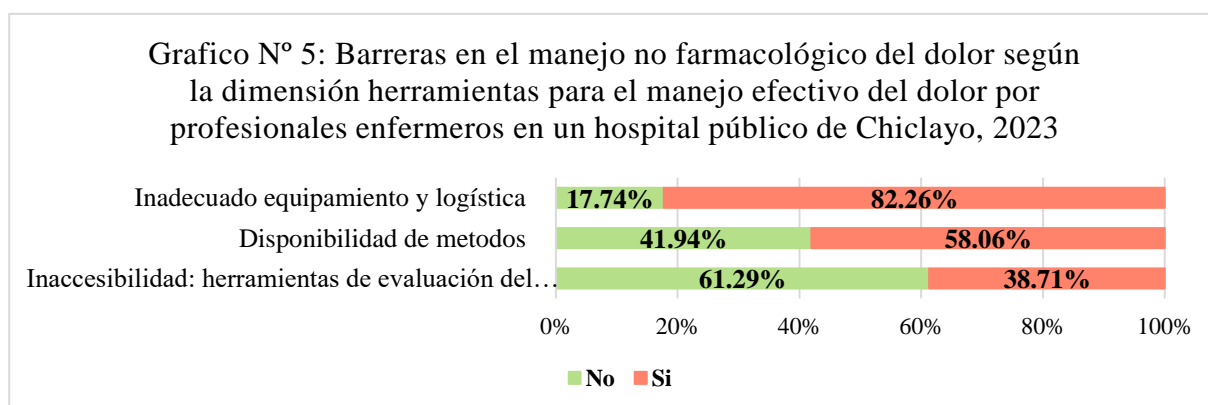
Interpretación: En relación a las prácticas en el manejo no farmacológico del dolor según las intervenciones cognitivo conductuales se observa que el 41,94% de los profesionales enfermeros siempre promueven las técnicas de respiración; 41,94% a veces y 16.13% nunca. El 17.74% de los profesionales usaron la música o televisión como medio de distracción para el paciente; 45.16% a veces y 37.10% nunca.



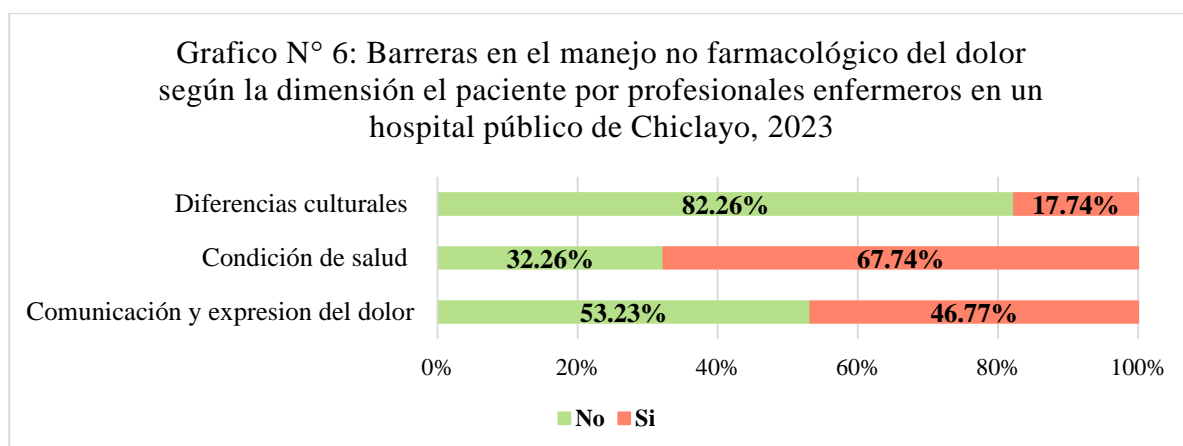
Interpretación: En relación a las prácticas en el manejo no farmacológico del dolor según las intervenciones espirituales, se observa que 62,90% de los profesionales enfermeros siempre mantienen una comunicación terapéutica con el paciente y familia; 32,26% a veces y 4,84% nunca. El 61,29% siempre realiza consejería y educación al paciente y familia; 32,26% a veces y 6,45% nunca. El 22,58% siempre acompaña en la oración al paciente; 69,35% a veces y 8,06% nunca. El 59,68% siempre aplica el toque terapéutico y el 40,32% a veces.



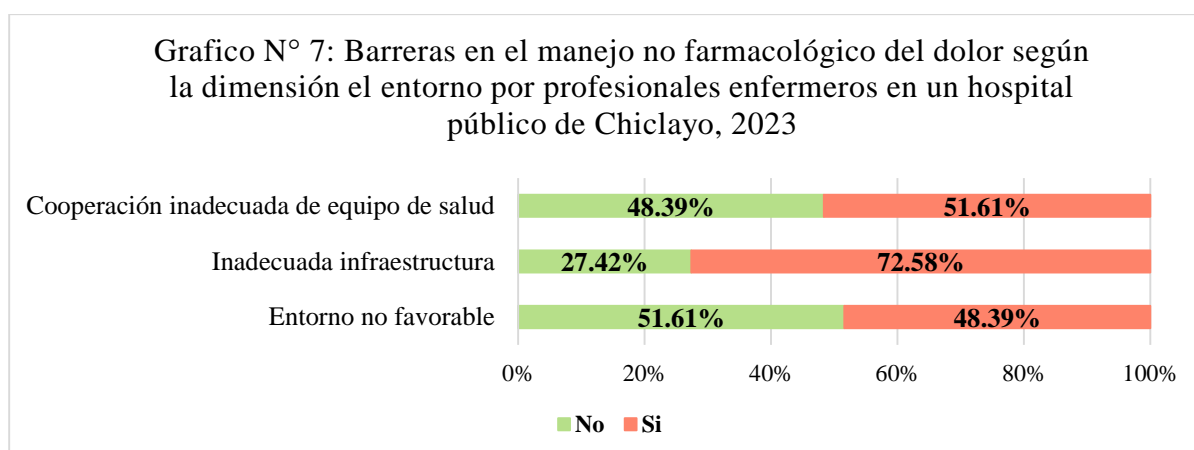
Interpretación: En relación a las barreras en el manejo no farmacológico del dolor relacionado con la enfermera se observa que las más frecuentes con 88.71% es la escasa capacitación en los métodos no farmacológicos y con 87.10% el uso poco frecuente de los mismos. Siendo las menos frecuentes, las habilidades laborales inadecuadas con 96.77% y el escaso conocimiento con 66.13%.



Interpretación: En relación a las barreras en el manejo no farmacológico del dolor relacionado con las herramientas para el manejo efectivo del dolor se observa que 82.26% de profesionales enfermeros responde que sí hay inadecuado equipamiento y logística y 17.74% que no. El 58.06% respondió que una de las barreras si era la disponibilidad de los métodos y 41.94% que no. El 38.71% respondió que si hay inaccesibilidad a herramientas adecuadas para la evaluación del dolor y 61.29% que no.



Interpretación: En relación a las barreras en el manejo no farmacológico del dolor relacionados con el paciente se observa que 67.74% de profesionales enfermeros respondió que la condición inestable de salud del paciente si era una barrera y 32.26% que no. El 46.77% respondió que si hay dificultad de los pacientes para comunicar y expresar su dolor y 53.23% que no. El 17.74% respondió que sí hay diferencias culturales entre enfermera-paciente y 82.26% que no.



Interpretación: En relación a las barreras en el manejo no farmacológico del dolor relacionadas con el entorno se observa que 72.58% de profesionales enfermeros respondió que la inadecuada infraestructura si era una barrera y 27.42% que no. El 51.61% respondió que sí existe cooperación inadecuada del equipo de salud y 48.39% que no. El 48.39% respondió que sí hay un entorno no favorable y el 51.61% que no.

Las medidas no farmacológicas, son todas las actividades distintas a la administración de algún medicamento, que son aplicadas a un paciente con el fin de paliar el dolor. En los resultados, se verifica que en las prácticas en el manejo no farmacológico del dolor según las intervenciones físicas, el 90,32% de los profesionales enfermeros siempre aplican el método restricción de movimiento/descanso al paciente, siendo este resultado siete veces mayor al investigado en Ethiopia por Zeleke, Kassaw, Eshetie⁹ en el 2021, debido a que en sus hallazgos evidencian que los enfermeros aplican mayormente la restricción de movimiento/reposo (21,9%) a comparación de las otras intervenciones físicas. En cambio, un estudio iraní difiere con los resultados de esta investigación, es el ejecutado por Kia, Allahbakhshian, Ilkhani, Nasiri, Allahbakhshian¹¹ en el 2021, quienes encontraron que el método más utilizado por las enfermeras fue el reposicionamiento o cambio de posición (71,1%). Asimismo, el estudio realizado al Noroeste de Etiopía por Tsegaye, Yazew, Gedfew, Yilak, Yalew³¹ en el 2023, presenta un resultado contrario a lo encontrado en esta investigación, debido a que reportó que el 51,9% de las enfermeras solicitan el cambio de posición como intervención física más usada en el manejo no farmacológico del dolor. Ante ello, se determina que el enfermero dispone de diversas herramientas en las intervenciones físicas que le permiten un mejor manejo no farmacológico del dolor en sus pacientes, destacando como método entre ellos a la restricción de movimiento/descanso que se encarga de limitar el accionar físico en el paciente, para que este se recupere mediante el reposo, recobrando sus energías físicas y reparando el daño^{16,19}. Por otro lado, se puede deducir que la restricción del ejercicio/reposo es el enfoque más utilizado porque es más sencillo, más rápido de realizar, no requiere supervisión constante, ni materiales especializados y permite una relación más estrecha entre enfermera y paciente, promoviendo una buena comunicación entre estos. Pues bien, para realizar este tipo de abordaje, la enfermera debe explicar al paciente cómo encontrar la posición más cómoda, también conocida como posición “antálgica”, que permita al paciente relajarse. A su vez, le permite participar en su propio cuidado y le da cierta autonomía. Por ejemplo, enfermeras en el servicio de traumatología, enseñan y ayudan al paciente con la inmovilización de la parte que ha sido sometida a cirugía ortopédica, permitiendo que este tenga mayor confort, promoviendo un buen descanso.

Se encontró también que el 53,23% de los profesionales a veces reducen la intensidad de luz y el sonido de alarmas, logrando crear un ambiente confortable para el paciente; siendo esto cuatro veces mayor a lo encontrado en la investigación realizada en Turquía en el 2021 por Mohamed, Khonji, Gabr³², donde se encontró que el 17% de las enfermeras creó un ambiente

confortable, reduciendo luz, ruido y temperatura en las habitaciones de los pacientes con dolor. Asimismo, el resultado encontrado en esta investigación es cinco veces mayor a los encontrados en estudios realizados en Nigeria³³ y Etiopía⁹ en el 2021, donde se reportó que las enfermeras solo utilizaban este método en un 0,5% y 5,3%, respectivamente. Por el contrario, al Noroeste de Etiopía³¹ en el 2023, se encontró un resultado similar a lo hallado en este estudio, debido a que el 43,8% de las enfermeras encuestadas, informaron que creaban un ambiente cómodo, reduciendo ruidos y temperatura, con el fin de brindarle confort al paciente y así reducir la sensación de dolor. Sin embargo, lo encontrado en este estudio, es menor a lo hallado en Finlandia³⁴ y Noruega³⁵, donde los profesionales enfermeros utilizaban esta técnica no farmacológica en un 86% y 69%, respectivamente. Por tanto, se puede decir que los cambios ambientales pueden afectar la percepción del dolor y la calidad de vida en pacientes con dolor crónico o agudo. Crear un entorno físico que promueva la comodidad y el bienestar puede reducir los factores que aumentan el dolor y mejorar la capacidad de las personas para controlar los síntomas^{16,19}. Por ejemplo, en algunos servicios de hospitalización el personal opta por apagar focos, después de administrar su medicamento correspondiente, para brindar comodidad al paciente.

En cuanto a las prácticas en el manejo no farmacológico del dolor según las intervenciones cognitivo-conductuales se observa que el 41,94% de los profesionales enfermeros prefieren utilizar las técnicas de respiración, este resultado es cinco veces inferior a lo encontrado en Zimbabwe³⁶ en el 2019, debido a que en sus resultados se reportó que el 90,7% de las enfermeras utilizaban a la respiración como principal método cognitivo. Sin embargo, este resultado es la mitad de lo hallado en los estudios realizados por Pietrzak, Mędrzycka-Dąbrowska, Wróbel, Grzybowska³⁷ en el 2023, debido a que en sus resultados se encontró que las técnicas de respiración fueron las más utilizadas con un 88,1% por los profesionales de enfermería; al de Kidanemariam, Elsholz, Simel, Tesfamariam, Andemeskel¹² en el 2020, quienes evidenciaron que los enfermeros en cuanto a los métodos cognitivo conductuales, el que mayormente utilizaban era la respiración con un 81,7 %; al de Yildiz, Ozerdogan, Ayranci³⁸ en 2022, dado que en sus resultados se evidenció que los métodos más utilizados por los profesionales sanitarios fueron las técnicas de respiración con 87,2%; y al de Lewis, Kohtz, Emmerling, Fisher, Mcgarvey³⁹ debido a que en su estudio se reportó que el 86,7% de profesionales enfermeros utilizó las respiraciones para el alivio de dolor. En otros estudios, realizados en Finlandia³⁴, Kuopio⁴⁰, Turquía³², se encontraron cifras similares a las encontradas en esta investigación, debido a que enfermeras usaron el método en un 51%, 57% y 36,2%,

respectivamente. Por el contrario, es mayor a lo encontrado en Nigeria³³, dado que en sus resultados evidenció que las técnicas de respiración apenas son utilizadas (0,5%). A su vez, es mayor a lo hallado al Noreste de Etiopía³¹, San Francisco⁴¹, Iran¹¹, estudios donde enfermeras utilizan la técnica de respiración profunda en un 27,3%, 37,9% y 27,7%, respectivamente. Por lo tanto, un alivio adecuado del dolor mediante técnicas seguras, como lo son las respiraciones, pueden reducir las complicaciones, mejorando la calidad de la atención, siendo este una responsabilidad importante de enfermería^{16,19}. Entonces se puede decir que, el promover las respiraciones como método de alivio de dolor es uno de los métodos más usados, porque al igual que anterior es un método fácil de practicar, no requiere de una supervisión continua, ni mucho menos equipos especializados. Además, las respiraciones profundas, son consideradas como medidas de relajación. Esto ayuda a lograr el equilibrio del sistema nervioso, reduciendo la excitación simpática, generando una relajación muscular, reducción de estrés y ansiedad⁷, que a menudo pueden exacerbar la percepción del dolor. Este ejercicio, permite al profesional de salud, entablar una relación cercana con el paciente, pues para realizarlo se necesita la demostración y redemonstración por parte de enfermera-paciente⁴². Por ejemplo, enfermeros en el servicio de Ginecología de Tanzania enseñan a sus pacientes sobre las respiraciones bucales entre contracciones, ellas mencionaron que les enseñan estas técnicas debido a que les ayuda a las gestantes a no cansarse, a mantener serenidad y a que el dolor sea menos intenso⁴². Similar a esto sucede en Perú, en el servicio de medicina, donde los enfermeros, enseñan al paciente sobre las respiraciones profundas, ellos mencionaron que enseñaban a sus pacientes este ejercicio, debido a que les permitía controlar emociones, ansiedad, las cuales potenciaban su dolor.

El método cognitivo conductual apenas utilizado por las enfermeras fue el de usar la música o televisión como medio de distracción, con un 17.74%. De igual manera que en Perú, estudios realizados en Turquía⁴³, San Francisco⁴¹ y Nigeria³³, reportaron que solo el 2,4%; 1,9%; y 0,6% de los enfermeros apenas utilizaron la música o algún dispositivo tecnológico para aliviar el dolor. En un estudio Australiano⁴⁴ se documentó que las técnicas de distracción se aplicaban en un 12,8%, similar a lo encontrado en esta investigación. Por el contrario, las cifras encontradas en este estudio son seis veces inferiores a las encontradas en 2019 por Ibitoye, Oyewale, Olubiyi, Onasoga⁴⁵ y Gumus, Musuroglu, Karaman, Tasci⁴⁶, pues estos investigadores documentaron que uno de los tipos de distractores más utilizados fue la música con 73% y 70,4%, respectivamente. A su vez, es cuatro veces menor a lo hallado en Finlandia³⁴, pues en sus resultados se encontró que las enfermeras usaban como medida de distracción la utilización

de música en un 51%. En estudios realizados en Irán¹¹, Medio oeste de EEUU³⁸ y Noruega³⁵, se halló que el 43,4%; 47,1% y 47% de enfermeros utilizaban como método cognitivo a la distracción con música y medios tecnológicos, siendo tres veces mayor a lo encontrado en este estudio. Los resultados negativos de nuestra investigación, puede deberse a que, a diferencia de los hospitales de las investigaciones estudiadas, como por ejemplo Maryland⁴⁷, el acceso a dispositivos tecnológicos en cada habitación de hospitalización es limitado, haciendo de la utilización de este método menos posible.

En cuanto a las prácticas en el manejo no farmacológico del dolor según las intervenciones espirituales; la más utilizada fue el mantener una comunicación terapéutica con el paciente y familiar, pues se reportó que el 62,90% de los profesionales enfermeros siempre utilizaban esta medida complementaria; siendo este resultado cinco veces mayor al investigado en Etiopia por Zeleke, Kassaw, Eshetie⁹ en el 2021, debido a que sus hallazgos evidencian la utilización de la comunicación terapéutica con el paciente y la familia solo en un 18,3%. En un estudio al Noroeste de Etiopia³¹ en el 2023, se demostró que el 20,2% de los profesionales enfermeros usaban la comunicación terapéutica tanto con el paciente, como con la familia; siendo este resultado cuatro veces menor a lo encontrado en este estudio. Por el contrario, en un estudio Iraní¹¹ y Noruego³⁵, se halló que apenas se utilizaban la comunicación terapéutica, con un 5,8% y 53%. A diferencia de lo encontrado en este estudio, en Turquía³² el método espiritual más usado fue el apoyo emocional con un 93,6%.

Seguida de la comunicación terapéutica, la segunda medida espiritual más utilizada fue el aconsejar y educar al paciente y familia con un 61,29%. Esto es similar a los hallazgos de un estudio realizado en San Francisco⁴¹, donde el 60,6% de las enfermeras informaron que brindaban a los pacientes y sus familias información adecuada sobre su condición, reduciendo así su nivel de estrés, temor y ansiedad, generados por la propia enfermera y que contribuían al aumento de la sensación dolorosa. En Noruega³⁵, al igual que en este estudio, el segundo método espiritual más utilizado fue el brindar educación con un 53%. Otro estudio realizado en Tanzania⁴² documentó hallazgos similares a lo encontrado en esta investigación. Por el contrario, en Irán¹⁰, la educación del paciente y familia solo fue utilizada en un 29,6%; debido a que la condición de salud de los pacientes no les permitía a las enfermeras intensivistas utilizar dicho método.

El proporcionar un alivio adecuado y holístico, implica abordar desde el dolor propio, hasta los factores potenciadores de este, como lo es el temor, ansiedad, incertidumbre, estrés, etc; y

mediante la educación al paciente sobre su condición médica, tratamiento, procedimientos y opciones de atención, se logra una mejor comprensión por parte de este, haciendo menos probable que sientan miedo debido a la incertidumbre o la falta de información^{16,19}. Por ejemplo, enfermeras del servicio de ginecología de un hospital en Tanzania, reportan al apoyo psicológico como el método más utilizado para tratar el dolor del parto. Esto lo lograban educando y/o preparando a las mujeres sobre el dolor del parto, el proceso y la progresión después de la evaluación, como una manera de hacer que las mujeres sepan lo que debían esperar, preparándolas psicológicamente para afrontar el dolor del parto, haciendo que este sea más tolerable cuando se presente⁴².

Por último, el método espiritual menos utilizado fue el orar con 22.58%; siendo este resultado mayor a lo encontrado en Irán¹¹ donde el 11,6% de las enfermeras reportaron que acompañaron en la oración al paciente. Similar a este estudio, es lo reportado en Beirut⁴⁸ donde se evidenció que apenas el 16,2% de las enfermeras utilizaban como medida alternativa complementaria a la oración. Por el contrario, en Australia⁴⁴ se documentó una cifra dos veces mayor (39,3%) a lo hallado en esta investigación. El alivio del dolor teniendo en cuenta la parte espiritual, es complejo y multifacético, puede variar según las creencias religiosas, las prácticas espirituales y la percepción individual del dolor. Quizá por tal motivo, el uso de estas prácticas en el sitio de estudio fue poco utilizada. Sin embargo, los pocos enfermeros que tuvieron en cuenta este método, mencionaron que incentivan a sus pacientes a orar, agradecer y pedir por salud; pues ellos mencionan que el pedirle salud a un ente superior, brinda mayor esperanza y tranquilidad, la cual muchas veces se ve debilitada por la propia enfermedad. Quizá este método es poco utilizado, pero mediante el se logra tener una concentración profunda en pensamientos y palabras específicas. La cual puede funcionar como una forma de distracción del dolor, ayudando a las personas a desviar su atención de las sensaciones dolorosas y experimentar un cierto grado de alivio temporal. Además, como ya se mencionó, para muchas personas, la oración puede ser una fuente de consuelo y apoyo emocional en momentos de dolor. La creencia en un poder superior y la práctica de la oración, pueden ayudar a las personas a sentirse más tranquilas y menos ansiosas, lo que a su vez puede contribuir al alivio del dolor^{16,19}. Esto convierte a la oración como un método atractivo para la práctica diaria de enfermería, pues es muy fácil de incentivar, no se requiere una supervisión, ni de equipos especializados, ni de enseñanza.

El manejo y el uso de las medidas antes mencionadas, muchas veces se ven afectadas por ciertas barreras, las cuales van a influir en la actitud y desenvolvimiento del enfermero al momento de

ejecutar su cuidado para aliviar el dolor. Estos estarán presentes tanto en el personal que da el cuidado, como en el paciente, las herramientas para manejar el dolor y el propio entorno.

En relación a las barreras en el manejo no farmacológico del dolor relacionado con la enfermera se observa que la más frecuente con 88.71% es la escasa capacitación en los métodos no farmacológicos. Este hallazgo concuerda con lo encontrado en Singapur⁴⁹ donde el 100% de las enfermeras informaron que nunca habían asistido a ninguna capacitación o taller sobre métodos no farmacológicos para aliviar el dolor; con el de Banjul⁵⁰ donde se encontró que el 72,2 % de las enfermeras participantes, nunca han asistido a ninguna formación sobre el manejo del dolor; con el de Australia⁴⁴ donde el 91,8% del personal de enfermería refirió que existe una falta de capacitación sobre el manejo adecuado del dolor en su hospital; y con el de Turquía⁴³ en el 2019 donde el 97,6% de los enfermeros afirmó no haber recibido formación sobre medidas no farmacológicas para el manejo del dolor. Igualmente, en el Hospital Universitario de Soba⁵¹, se estudiaron a 50 enfermeras, donde se halló que el 66% de la muestra del estudio declararon no haber recibido ninguna capacitación sobre el manejo no farmacológico del dolor. Por el contrario, en estudios realizados en Nigeria⁴⁵, Oyo State³³ y Turquía⁵² a diferencia de Perú, se encontraron hallazgos positivos, pues las enfermeras encuestadas refirieron que sí han asistido a cursos del manejo del dolor, antes y durante de ejercer la profesión. En cambio, en un estudio realizado en Singapur⁴⁹, la gran carga de trabajo y falta de tiempo que tenía a enfermera, se identificó como la barrera más presente al momento de utilizar los métodos no farmacológicos.

Para brindar un cuidado adecuado al paciente, se necesita de profesionales de salud competentes y hábiles. Por tal motivo se necesita de una constante capacitación, todo esto con el fin de poder brindar al paciente un cuidado de calidad. Se puede observar que la falta de formación en el manejo del dolor es elevada en diferentes países. Esto puede deberse a que los hospitales del estudio que informaron cifras más altas tenían recursos limitados, lo que puede significar que quizá el uso de estos recursos financieros, puede ser utilizado para otras situaciones de mayor prioridad (compra de medicamentos, compra de indumentaria, pago de personal adicional, etc.). Otra de las razones por las cuales existe estas cifras altas, puede ser al exceso de carga de trabajo que el personal de salud se enfrenta diariamente, la cual les genera fatiga, que ocasiona la falta de tiempo para la actualización continua sobre temas asociados al manejo del dolor, como se puede afirmar en los estudios realizados en Amhara⁵⁴ y Etiopía⁵⁵.

Como segunda barrera más presente se encontró el uso poco frecuente de los métodos no farmacológicos con un 87,10%; siendo este porcentaje cuatro veces menor a lo encontrado en Australia⁴⁴ donde trabajadores sanitarios mencionaron que su poca disposición y/o iniciativa de usar los métodos complementarios, era una barrera presente en su servicio. Estos resultados, también son similares a los documentados en Kuopio³⁹ donde se encuestaron a 178 enfermeras, de las cuales el 60% mencionó que un factor que limitaba la utilización de los métodos no farmacológicos era que estos no estaban dentro de sus prácticas cotidianas. Lo mismo sucede en un hospital de Filadelfia⁵³ y Maryland⁴⁷, donde enfermeras refirieron si conocer sobre los métodos no farmacológicos, pero optan por usar las terapias farmacológicas para poder aliviar el dolor. Esto se puede relacionar con la sobrecarga laboral y la falta de tiempo que las enfermeras poseen, debido a la inequidad enfermera-paciente reportado en este y los estudios antes mencionados^{39,53}.

Dentro de las barreras menos presentes está el escaso conocimiento con 66,13%; siendo esto contrario a lo encontrado en Etiopia¹², Kuopio⁴⁰ y Filadelfia⁵³, debido a que el escaso conocimiento fue vista como la principal barrera para el uso de los métodos no farmacológicos. Similar a lo encontrado en Perú, están los estudios realizados en Singapur⁴⁹ y Turquía⁵⁶ donde el 73% y 72,8% de enfermeras, respectivamente, respondieron que la falta de conocimiento era una barrera que no estaba presente al momento de utilizar los métodos no farmacológicos.

En relación a las barreras en el manejo no farmacológico del dolor relacionado con las herramientas para el manejo efectivo del dolor, la más frecuente fue la inexistencia de un adecuado equipamiento y logística con un 82,26%; este resultado es similar a lo encontrado en una investigación realizada en Eritrea¹² en el 2020, donde se estudió a 159 enfermeras, de las cuales el 82,5% reportó a la falta de recursos como una barrera muy presente. A su vez, en Nigeria⁴⁵ se reportó una limitada disponibilidad de ciertos materiales y equipos para poder utilizar los métodos no farmacológicos, como por ejemplo colchones, televisores en cada unidad, etc. Igualmente, en Australia⁴⁴ donde se encuestaron a 1413 de enfermeras, de las cuales el 87,1% respondieron no haber utilizado algunos métodos no farmacológicos debido a la falta de equipos apropiados para poder realizar dichos métodos correctamente. Un dato mayor encontrado al de este trabajo de investigación, es el encontrado en Oyo State³³, donde se encuestaron a 152 enfermeras, de las cuales el 91,7% manifestó haberse desalentado a usar los métodos no farmacológicos, por la poca disponibilidad de equipos que existe en su hospital. En cambio, al Noroeste de Etiopía³¹ y Turquía³², se registraron datos tres y ocho veces (59,3% y 6,4%) menores a los hallados en este estudio.

Por lo tanto, se puede decir que estos resultados están estrechamente relacionados con la frecuencia de uso de métodos no farmacológicos entre las enfermeras, porque sin el equipo adecuado, las enfermeras pueden ser más dependientes de los analgésicos. Esto puede conducir a enfoques más farmacológicos en lugar de un enfoque integral que incluya medidas no farmacológicas y, por lo tanto, algunos pacientes pueden perder la oportunidad de beneficiarse de enfoques no farmacológicos.

En relación a las barreras en el manejo no farmacológico del dolor relacionados con el paciente se observa que la más frecuente fue la condición inestable de salud del paciente con un 67.74%; siendo este resultado diferente a lo encontrado en Asmara¹² donde el 64,9% de las enfermeras indicó que la diferencia de idioma era la más relevante como barrera relacionada con el paciente. Lo mismo se halló en Kuopio⁴⁰ e Iran¹¹ donde la única barrera identificada relacionada con el paciente, fue la cultura. A diferencia de los estudios antes mencionados, donde la cultura era una de las barreras principales, en este trabajo de investigación, fue la menos reportada con un 17.74%. Esto es debido a que generalmente en la ciudad de estudio, no existe mucha diferencia cultural, por lo que la mayoría de personas que llegan a los hospitales poseen la misma o similar cultura que el profesional sanitario.

Por último, en relación a las barreras en el manejo no farmacológico del dolor relacionadas con el entorno se observa que la barrera más frecuente con 72.58% fue la inadecuada infraestructura del hospital; siendo este resultado similar a lo encontrado en Nigeria⁴⁵ donde se informó que el 80% de 163 enfermeras respondieron que el ambiente de su hospital no era propicio para la utilización de los métodos no farmacológicos. Por el contrario, lo reportado en Kuopio⁴⁰, es siete veces menor a lo hallado en esta investigación, debido a que el 3,4% de 178 enfermeras mencionaron que existen condiciones limitadas en el ambiente hospitalario. Como segunda barrera más presente estuvo la cooperación inadecuada del equipo de salud con 51,61%, este resultado es menor a lo documentado en Asmara¹² (76,6%) y Australia⁴⁴ (61,9%). A su vez, en Filadelfia⁵³, enfermeras refirieron que existe una escasa cooperación y comunicación entre enfermeros y médicos, lo que conduce a un manejo negativo del dolor para los pacientes.

Conclusiones

Las medidas no farmacológicas para el manejo efectivo del dolor van desde medidas físicas, donde la enfermera trabaja con el ambiente y estado físico del paciente con la finalidad de darle confort y aliviar su dolor. Las más aplicadas son la restricción de movimiento/descanso, seguido de cambios de posición; y, por último, la reducción de luz y alarmas, con el propósito de brindarle un entorno confortable al paciente. A su vez, existen medidas cognitivas donde la enfermera trabaja con la psique del paciente, y se enfoca en hacer que este desvíe su atención de la sensación dolorosa, usando distintos métodos de distracción y relajación. Aquí las medidas más usadas son las respiraciones profundas. Por último, existen las medidas espirituales donde las más usadas son la comunicación terapéutica con paciente y familia; seguido de la consejería y educación al paciente, siendo esto muy positivo debido a que uno de los papeles fundamentales e importantes que hace el profesional de enfermería es el ser educadora.

Las barreras o limitantes para el manejo no farmacológico del dolor son: la primera proveniente de la enfermera, aquí dentro de las más presentes están la escasa capacitación, el uso poco frecuente de los métodos, la falta de iniciativa del personal enfermero, el insuficiente recurso humano en proporción a la cantidad de paciente y la sobrecarga laboral. Sin embargo, la más preocupante es la escasa capacitación, debido a que más de la mitad de toda la población, reportó no haber recibido capacitación sobre el manejo no farmacológico del dolor. La segunda limitante proviene de las herramientas para el manejo efectivo del dolor, las cuales van a ser necesarias para poder lograr la analgesia deseada. Dentro de esta, las más presentes son el inadecuado equipamiento y logística, seguido de la disponibilidad de algunos métodos no farmacológicos. La tercera limitante está en relación a la condición de salud del paciente; y la última limitante es con respecto al entorno, relacionada con la inadecuada infraestructura y escasa cooperación del equipo de salud.

Recomendaciones

A las instituciones de salud, se les insta a capacitar a los estudiantes de ciencias de la salud y también trabajadores de salud, sobre la complejidad del dolor, incluidas las comorbilidades de salud física y mental, los trastornos por uso de analgésicos y la aplicación de terapias no farmacológicas.

A las instituciones universitarias que forman profesionales de salud, programar durante la formación de pregrado temas relacionados con el manejo no farmacológico del dolor, los mismos que deben estar incluidos como temas en los sílabos de las asignaturas.

Al centro hospitalario, se sugiere brindar capacitaciones, talleres o cursos continuos a los profesionales enfermeros sobre el manejo no farmacológico del dolor; además se les invita a desarrollar, optimizar, motivar y coordinar la atención multidisciplinaria, como un componente esencial de la atención integral para brindar a todos los pacientes un acceso a terapias no farmacológicas.

A los profesionales de la salud, deberán a capacitarse y/o actualizarse sobre los métodos no farmacológicos o medidas complementarias para el manejo del dolor, con el fin de disminuir la prescripción irracional de opioides y aumentar el manejo holístico y complementario del dolor.

A los futuros investigadores interesados en la temática, a investigar y evaluar más a fondo los resultados en la salud de los pacientes y los efectos financieros del tratamiento integral del dolor que incluya tratamientos no farmacológicos; asimismo se les recomienda la identificación y desarrollo de modelos clínicos que integren métodos de manejo del dolor no farmacológicos. A su vez, se les invita a realizar trabajos experimentales, donde se pueda evaluar el antes y después de la aplicación de modelos clínicos que integren métodos de manejo del dolor no farmacológicos.

Referencias

1. Vidal J. Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. *Rev. Soc. Esp. Dolor* [Internet]. 2020 [citado 13 Oct 2022]; 27(4): 232-3. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.20986/resed.2020.3839/2020> (1)
2. Cerdio D. El manejo del dolor crónico –nooncológico–: un reto bioético emergente. *Medicina y Etica* [Internet]. 2022 [citado 15 Abr 2023]; 33(2): 505-46. Disponible en: <https://doi.org/10.36105/mye.2022v33n2.06>
3. Orillo E. Alrededor del 70% de la población en Lima Metropolitana está propensa al dolor crónico [Internet]. 2021. Disponible en: <http://bit.ly/3iXikMH>
4. Erazo MA, Pérez L, Colmenares CC, Álvarez H, Suárez I, Mendivelso F. Prevalencia y caracterización del dolor en pacientes hospitalizados. *Rev. Soc. Esp. Dolor* [Internet]. 2015 [citado 25 Sep 2022]; 22(6):241-8. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-80462015000600005>
5. Viveiros WL, Pinto MF, Vancini CR, Barbosa MC, Novelli G, Assayag RE. Pain in emergency units: correlation with risk classification categories. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2018 [citado 20 Sep 2022];(26):e3070. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2415.3070>
6. "El alivio del dolor es un derecho del paciente, un deber del profesional y una negligencia no tratarlo" [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.semg.es/index.php/noticias/item/466-noticias-20191017>
7. Tick H, Nielsen A, Pelletier KR, Bonakdar R, Simmons S, Glick R, et al. Evidence-Based Nonpharmacologic Strategies for Comprehensive Pain Care. *EXPLORE*. mayo de 2018;14(3):177–211.
8. Reyes PE. Revisión crítica: Evaluación y Manejo del Dolor en el Servicio de Emergencia por Parte del Profesional de Enfermería [Revisión crítica de segunda especialidad en internet]. Lambayeque: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2017 [citado 20 Sep 2022]. 110p. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12423/1027>

9. Zeleke S, Kassaw A, Eshetie Y. Non-pharmacological pain management practice and barriers among nurses working in Debre Tabor Comprehensive Specialized Hospital, Ethiopia. PLoS ONE [Internet]. 2021 [citado 20 Sep 2022]; 16(6): e0253086. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253086>
10. Alarcón KE, Llanos SN. Intervención de enfermería en manejo del dolor en pacientes de emergencia. Hospital Augusto Hernández Mendoza, Ica 2019 [Tesis de segunda especialidad en internet]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2019. [citado 20 sep 2022]. 90p. Recuperado en: <http://hdl.handle.net/20.500.12773/12032>
11. Kia Z, Allahbakhshian M, Ilkhani M, Nasiri M, Allahbakhshian A. Nurses' use of non-pharmacological pain management methods in intensive care units: A descriptive cross-sectional study. Complement Ther Med [Internet]. 2021 [citado 25 Sep 2022];(58):2-10. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2021.102705>
12. Kidanemariam BY, Elsholz T, Simel LL, Tesfamariam EH, Andemeskel YM. Utilization of non-pharmacological methods and the perceived barriers for adult postoperative pain management by the nurses at selected National Hospitals in Asmara, Eritrea. BMC Nurs [Internet]. 2020 [citado 25 Sep 2022];19(1):2-10. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00492-0>
13. Shaaban N. Critical care nurses' use of non-pharmacological pain management methods in Egypt. Appl Nurs Res [Internet]. 2018 [citado 25 Sep 2022];(44):33-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.09.001>
14. Sahuiña MT. Intervención de enfermería en el manejo del dolor, paciente post operada de cesárea centro quirúrgico Hospital San Juan de Dios Pisco 2018 [Tesis de segunda especialidad]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín; 2019. [citado 25 sep 2022]. 91p. Disponible en: <https://bit.ly/3JbvQXQ>
15. McCaffery M. Nursing practice theories related to cognition, bodily pain, and man-environment interactions. Los Angeles: UCLA Students' Store; 1968. 414p.
16. McDonald L. Tratamiento del dolor. En: Berman A, Snyder S, ed. Fundamentos de Enfermería Kozier & Erb. 9ª ed. Madrid: Romo, 2013. 1211-41 p.

17. Turner JA, Arendt-Nielsen L. Four decades later. What's new, what's not in our understanding of pain. *Pain* [Internet]. 2020 [citado 25 sep 2022]; 161(9): 1943-1944. DOI: [10.1097/j.pain.0000000000001991](https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001991)
18. Fajardo D. Sobre el concepto de dolor total. *Rev. salud pública* [Internet]. 2020 [citado 16 Abr 2023]; 22(3): 368-72. Disponible en: <https://doi.org/10.15446/rsap.V22n3.84833>
19. Cason L. Tratamiento del dolor. En: Potter PA, Perry A, Stockert P, Hall A. *Fundamentos de enfermería*. 8ª ed. Barcelona: Elsevier España, 2014. 966-81p.
20. Tick H, Nielsen A, Pelletier KR, Bonakdar R, Simmons S, Glick R et al. Evidence-Based Nonpharmacologic Strategies for Comprehensive Pain Care: The Consortium Pain Task Force White Paper. *Explore* [Internet]. 2018 [citado 25 Sep 2022]; 14(3): 177-211. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.explore.2018.02.001>
21. El Geziry A, Toble Y, Al Kadhi F, Pervaiz M, Al Nobani M. Non-Pharmacological Pain Management. En: Shalik NA. *Pain Management in Special Circumstances*. 1a ed. London: IntechOpen; 2018. pág. 1-9.
22. Londoño C, Contreras F, Delgadillo G, Tobón S, Vinaccia S. Barreras para el manejo efectivo del dolor crónico. *RPPC* [Internet]. 2005 [citado 25 oct 2022]; 10(1):25-31. Disponible en: <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.10.num.1.2005.3988>
23. Hernandez-Sampieri R, Mendoza CP. *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta* [Internet]. México: McGraw-Hill; 2018. 753p.
24. Arias FG. *El Proyecto de Investigación: Introducción a la metodología científica*. 6ta ed. Caracas: Episteme, 2012.
25. Cadena-Iñiguez P, Rendón-Medel R, Aguilar-Ávila Salinas-Cruz E, de la Cruz-Morales FD, Sangerman-Jarquín DM. Métodos cuantitativos, métodos cualitativos o su combinación en la investigación: un acercamiento en las ciencias sociales. *Revista Mexicana de Ciencias Agrícolas* [Internet]. 2017 [citado 25 Oct 2022]; 8(7):1603-17. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=263153520009>
26. Villasís-Keever MA, Márquez-González H, Zurita-Cruz JN, Miranda-Novales MG, Escamilla-Núñez A. El protocolo de investigación VII. Validez y confiabilidad de las

- mediciones. *Rev. alerg. Méx.* [Internet]. 2018 [citado 25 Oct 2022]; 65(4): 414-421. Disponible en: <https://doi.org/10.29262/ram.v65i4.560>
27. Campo-Arias A, Oviedo HC. Propiedades Psicométricas de una Escala: la Consistencia Interna. *Rev Salud Pública (Bogotá)* [Internet]. 2008;10(5):831–9. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42210515>
28. Monje C. Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. [Guía didáctica]. Neiva: Universidad Sur colombiana. 2011. [citado 25 Oct 2022]; 137p. Disponible <https://bit.ly/3R1Jkan>
29. María D, Carmen D, Dávila C. Análisis de la Situación de Salud de los y las Adolescentes en el Perú [Internet]. Codajic.org. [citado el 22 de junio de 2023]. Disponible en: <https://bitly.ws/UEUs>
30. Morales JA, Nava G, Esquivel J, Díazm LE. Principios Ética, Bioética y conocimiento del hombre. 1er Ed. México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2011.
31. Tsegaye D, Yazew A, Gedfew M, Yilak G, Yalew ZM. Non-Pharmacological Pain Management Practice and Associated Factors Among Nurses Working at Comprehensive Specialized Hospitals. *SAGE Open Nurs* [Internet]. 2023 Feb [citado 29 Jun 2023] 20;9:23779608231158979. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/23779608231158979>
32. Mohamed B, Khonji LMA, Gabr WFM. Are nurses utilizing the non-pharmacological pain management techniques in surgical wards? *PLoS One*. el 21 de octubre de 2021 [citado 3 Sep 2023];16(10):e0258668. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258668>
33. Abimbola E, Olawunmi H. A Survey of Nurses Knowledge and Utilization of Non-Pharmacological Methods of Pain Control at Two Selected Hospitals in Ibadan, Oyo State. *International Journal of Medicine, Nursing & Health Sciences* [Internet]. junio de 2021 [citado 3 Sep 2023];2(3):5–19. Disponible en: www.doi.org/10.5281/zenodo.5029717
34. Poëlkki T, VehvilaÈinen-Julkunen K, Pietilae A. Non-pharmacological methods to relieve postoperative pain in children: a survey of hospital nurses in Finland. *J Adv*

- Nurs [Internet]. el 16 de enero de 2001 [citado 3 Sep 2023];34(4):483–92. Disponible en: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01777.x>
35. Smeland AH, Twycross A, Lundeberg S, Rustøen T. Nurses' Knowledge, Attitudes and Clinical Practice in Pediatric Postoperative Pain Management. *Pain Management Nursing* [Internet]. diciembre de 2018 [citado 3 Sep 2023];19(6):585–98. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2018.04.006>
36. Mwanza E, Gwisai RD, Munemo C. Knowledge on Nonpharmacological Methods of Pain Management among Nurses at Bindura Hospital, Zimbabwe. *Pain Res Treat* [Internet]. el 1 de enero de 2019 [citado 3 Sep 2023];2019:1–8. Disponible en: <https://doi.org/10.1155/2019/2703579>
37. Pietrzak J, Mędrzycka-Dąbrowska W, Wróbel A, Grzybowska ME. Women's Knowledge about Pharmacological and Non-Pharmacological Methods of Pain Relief in Labor. *Healthcare* [Internet]. 29 de junio de 2023 [citado 3 Sep 2023];11(13):1882. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/healthcare11131882>
38. Merve Yildiz, Nebahat Ozerdogan, Figen Ayranci. Knowing and Applying Non-Pharmacological Methods Used in Labor Pain Control of Health Workers in Delivery Rooms. *Int J Caring Sci* [Internet]. abril de 2022 [citado 4 Sep 2023];15(1):123–33. Disponible en: http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/13_pp_124_133-Ayranci.pdf
39. Lewis MJM, Kohtz C, Emmerling S, Fisher M, Mcgarvey J. Pain control and nonpharmacologic interventions. *Nursing (Brux)* [Internet]. septiembre de 2018 [citado 4 Sep 2023];48(9):65–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/01.nurse.0000544231.59222.ab>
40. Hong-Gu H, Po'ikki T, Vehvila'inen-Julkunen K, Pietila A. Use of non-pharmacological methods by Chinese nurses to relieve children's postoperative pain. *J Adv Nurs* [Internet]. 24 de febrero de 2005 [citado 4 Sep 2023];51(4):335–42. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03505.x>
41. Faigeles B, Howie-Esquivel J, Miaskowski C, Stanik-Hutt J, Thompson C, White C, et al. Predictors and Use of Nonpharmacologic Interventions for Procedural Pain

- Associated with Turning among Hospitalized Adults. *Pain Management Nursing* [Internet]. junio de 2013 [citado 4 Sep 2023];14(2):85–93. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmn.2010.02.004>
42. Mwakawanga DL, Mselle LT, Chikwala VZ, Sirili N. Use of non-pharmacological methods in managing labour pain: experiences of nurse-midwives in two selected district hospitals in eastern Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 30 de diciembre de 2022 [citado 4 Sep 2023];22(1):376. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04707-x>
43. Eşer İ, Yücel Ş, Sağkal Midilli T. Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Ağrı Yönetiminde Nonfarmakolojik Yöntemleri Kullanma Durumları ve Etkileyen Faktörler. *Acibadem Universitesi Saglik Bilimleri Dergisi* [Internet]. 28 de enero de 2019 [citado 4 Sep 2023];10(1):60–6. Disponible en: <https://bitly.ws/XwDN>
44. Cooke M, Mitchell M, Tiralongo E, Murfield J. Complementary and alternative medicine and critical care nurses: A survey of knowledge and practices in Australia. *Australian Critical Care* [Internet]. noviembre de 2012 [citado 4 Sep 2023];25(4):213–23. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2011.12.055>
45. Ibitoye BM, Oyewale TM, Olubiyi KS, Onasoga OA. The use of distraction as a pain management technique among nurses in a North-central city in Nigeria. *Int J Afr Nurs Sci* [Internet]. 2019 [citado 4 Sep 2023];11:100158. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2019.100158>
46. Gumus K, Musuroglu S, Karaman Ozlu Z, Tasci O. Determining the Use of Nonpharmacologic Methods by Surgical Nurses for Postoperative Pain Management and the Influencing Professional Factors: A Multicenter Study. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* [Internet]. febrero de 2020 [citado 4 Sep 2023];35(1):75–9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2019.04.011>
47. Warren C, Jaisankar P, Saneski E, Tenberg A, Scala E. Understanding Barriers and Facilitators to Nonpharmacological Pain Management on Adult Inpatient Units. *Pain Management Nursing* [Internet]. diciembre de 2020 [citado 4 Sep 2023];21(6):480–7. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.06.006>

48. Makarem NN, Brome D, Romani M. Knowledge, attitude, and practices of complementary and alternative medicine: a survey of physicians and nurses at an academic medical center in Beirut. *Libyan Journal of Medicine* [Internet]. 31 de diciembre de 2022 [citado 4 Sep 2023];17(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1080/19932820.2022.2071813>
49. He HG, Jahja R, Lee TL, Ang ENK, Sinnappan R, Vehviläinen-Julkunen K, et al. Nurses' use of non-pharmacological methods in children's postoperative pain management: educational intervention study. *J Adv Nurs* [Internet]. noviembre de 2010 [citado 4 Sep 2023];66(11):2398–409. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05402.x>
50. Omotosho TOA, Sey-Sawo J, Omotosho OF, Njie Y. Knowledge and attitudes of nurses towards pain management at Edward Francis Small Teaching Hospital, Banjul. *Int J Afr Nurs Sci* [Internet]. 2023 [citado 4 Sep 2023];18:100534. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2023.100534>
51. Mohamed A, Mohamed H, Abdalbasit A, Fadlalmola H, Abdelazim A. Nursing performance before non-pharmaceutical pain management. *Pak-Euro Journal of Medical and Life Sciences* [Internet]. 31 de diciembre de 2020 [citado 4 Sep 2023];3(4):176–86. Disponible en: <https://doi.org/10.31580/pjmls.v3i4.1718>
52. Akbaş M, Köse Tosunöz İ. Ağrı ile ilişkili girişimler konusunda hemşirelerin bilgi ve yaklaşımları. *Cukurova Medical Journal* [Internet]. 31 de marzo de 2019 [citado 4 Sep 2023];44(1):136–43. Disponible en: <https://doi.org/10.17826/cumj.431892>
53. Batiha AMM. Pain Management Barriers in Critical Care Units: A Qualitative study. *International Journal of Advanced Nursing Studies* [Internet]. 26 de noviembre de 2013 [citado 4 Sep 2023];3(1). Disponible en: <https://doi.org/10.14419/ijans.v3i1.1494>
54. Tekletsadik EA, Desta AA, Workneh BS. Knowledge, Attitude, and Associated Factors towards Nonpharmacological Pain Management among Nurses Working at Amhara Region Comprehensive Specialized Hospitals, Ethiopia. *Crit Care Res Pract* [Internet]. el 30 de noviembre de 2021 [citado 4 Sep 2023];2021:1–11. Disponible en: <https://doi.org/10.1155/2021/7374915>

55. Liyew B, Dejen Tilahun A, Habtie Bayu N, kassew T. Knowledge and Attitude towards Pain Management among Nurses Working at University of Gondar Comprehensive Specialized Hospital, Northwest Ethiopia. *Pain Res Manag* [Internet]. el 18 de marzo de 2020 [citado 4 Sep 2023];2020:1–9. Disponible en: <https://doi.org/10.1155/2020/6036575>
56. Elcigil A, Maltepe H, Eşrefgil G, Mutafoğlu K. Nurses' Perceived Barriers to Assessment and Management of Pain in a University Hospital. *J Pediatr Hematol Oncol* [Internet]. abril de 2011 [citado 4 Sep 2023];33(Supplement 1):S33–8. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/MPH.0b013e3182121bef>

Anexos

Anexo N° 1: Operacionalización de Variables

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala	Valor Final
Prácticas	Unidad conductual que se refiere a una actividad que se realiza de manera continua, y que es definida por los miembros de un sistema social como rutinaria ¹⁹ .	Las prácticas no farmacológicas enfermeras están divididas en 3 dimensiones: físicas, cognitivo-conductuales y espirituales. Finalmente se medirá ordinalmente.	Físicas	P8 - P14	Nominal	Distribución de frecuencias de las prácticas no farmacológicas.
			Cognitivo-conductuales	P15 - P16		
			Espirituales	P17 - P20		
Barreras	Dificultad que impide el logro de un deseo ²² .	Las barreras presentes en la aplicación de las prácticas no farmacológicas están divididas en 3 dimensiones: Responsabilidad de la enfermera, herramientas para el manejo efectivo del dolor, el paciente y el entorno. Finalmente se medirá ordinalmente.	Enfermera	P21-P31	Nominal	Distribución de frecuencias de las barreras para aplicación de prácticas no farmacológicas.
			Herramientas para el manejo efectivo del dolor	P32-P34		
			El Paciente	P35-P37		
			El Entorno	P38-P40		

Anexo N°2: Cuestionario: Prácticas y barreras en el manejo no farmacológico del dolor por profesionales enfermeros en un hospital público de Chiclayo, 2023.

INSTRUCCIONES:

Estimada(o) enfermera(o), lo invitamos a participar en el presente estudio titulado: “Prácticas y barreras en el manejo no farmacológico del dolor por profesionales enfermeros en un hospital público de Chiclayo, 2023”, para ello se requiere que proceda al llenado de la encuesta que cuenta con un total de 33 ítems, las respuestas recopiladas serán tratadas de manera anónima. Ante cualquier duda, puede hacerlo saber a la investigadora para poder darle una mejor orientación.

Parte I: Datos Generales del profesional enfermero

Variables	Respuesta
Edad	_____Años
Sexo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Masculino 2. Femenino
Estado civil	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltero 2. Casado 3. Divorciado 4. Viudo 5. Conviviente
Nivel Académico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Licenciado 2. Especialista 3. Maestría 4. Doctorado
Años de experiencia laboral	_____Años
Servicio donde labora	<ol style="list-style-type: none"> 1. Traumatología 2. Cirugía Mujeres 3. Cirugía varones 4. Medicina Mujeres 5. Medicina Varones 6. Unidad de cuidados intensivos 7. Gineco-obstetricia

En el último año recibió alguna capacitación en manejo del dolor no farmacológico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No
---	--

Parte II: Prácticas de manejo del dolor no farmacológico por profesionales enfermeros

N°	Variables	Escala
Dimensión I: Intervenciones físicas con el paciente		
P1	Realiza cambios de posición	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca 2. A veces 3. Siempre
P2	Aplica paquetes locales fríos o calientes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca 2. A veces 3. Siempre
P3	Aplica técnicas de masaje.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca 2. A veces 3. Siempre
P4	Sugiere restricción de movimiento/descanso, según necesidad	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca 2. A veces 3. Siempre
P5	Utiliza dispositivos de confort (colchón especial)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca 2. A veces 3. Siempre
P6	Realiza baño parcial	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca 2. A veces 3. Siempre
P7	Reduce la intensidad de la luz y las alarmas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca 2. A veces 3. Siempre
Dimensión II: Intervenciones cognitivo-conductuales con el paciente		
P8	Promueve técnicas de respiración.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca 2. A veces 3. Siempre

P9	Distrae al paciente con música de su agrado o mirando la televisión	1. Nunca 2. A veces 3. Siempre
Dimensión III: Intervenciones Espirituales con el paciente		
P10	Aplica el toque terapéutico	1. Nunca 2. A veces 3. Siempre
P11	Comunicación terapéutica con el paciente y familia	1. Nunca 2. A veces 3. Siempre
P12	Brinda consejería y proporciona educación para el paciente y su familia	1. Nunca 2. A veces 3. Siempre
P13	Ayuda al paciente a orar.	1. Nunca 2. A veces 3. Siempre

Parte III: Barreras para prácticas no farmacológicas de manejo del dolor

N°	Variables	Escala
Dimensión I: Enfermera		
P14	Habilidades laborales de enfermería inadecuadas.	1. Si 2. No
P15	Insuficiente motivación de los profesionales de enfermería	1. Si 2. No
P16	Sobrecarga de trabajo de profesional de enfermería	1. Si 2. No
P17	Insuficiente recurso humano	1. Si 2. No
P18	Escaso conocimiento de los profesionales de enfermería sobre las complicaciones del inadecuado manejo del dolor	1. Si 2. No
P19	Escasa capacitación en métodos no farmacológicos para el manejo del dolor	1. Si 2. No

P20	Desconfianza de los profesionales de enfermería a utilizar métodos no farmacológicos	1. Si 2. No
P21	Conocimiento insuficiente sobre el comportamiento de dolor del paciente	1. Si 2. No
P22	Falta de iniciativa para usar métodos no farmacológicos.	1. Si 2. No
P23	Fatiga y cansancio	1. Si 2. No
P24	Uso poco frecuente de métodos no farmacológicos	1. Si 2. No
Dimensión II: Herramientas para el manejo efectivo del dolor		
P25	Inaccesibilidad de herramientas adecuadas de evaluación del dolor.	1. Si 2. No
P26	Disponibilidad de algunos métodos no farmacológicos	1. Si 2. No
P27	Inadecuado equipamiento y logística	1. Si 2. No
Dimensión III: El Paciente		
P28	Dificultad de los pacientes para comunicarse y expresar el dolor.	1. Si 2. No
P29	Condición de salud inestable de los pacientes.	1. Si 2. No
P30	Diferencias culturales entre paciente y profesional de enfermería	1. Si 2. No
Dimensión IV: El Entorno		
P31	Ambiente poco favorable	1. Si 2. No
P32	Infraestructura inadecuada para utilizar métodos no farmacológicos	1. Si 2. No
P33	Inadecuada cooperación del equipo de salud	1. Si 2. No

Anexo N°5: Aprobación por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina



CONSEJO DE FACULTAD
RESOLUCIÓN N° 017-2023-USAT-FMED
Chiclayo, 03 de febrero de 2023

Vista la solicitud virtual N° TRL-2022-16469 en virtud de la aprobación con fecha 27 de enero de 2023 por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina del Proyecto de Investigación de la estudiante TORO BURGA ANGIE CRISTINA, de la Escuela de Enfermería. Asesor: Dra. Mirian Elena Saavedra Covarrubia.

CONSIDERANDO:

Que esta investigación forma parte de las áreas y líneas de investigación de la Escuela de Enfermería.

Que el proyecto de Investigación denominado: **PRÁCTICAS Y BARRERAS EN EL MANEJO NO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR POR PROFESIONALES ENFERMEROS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE CHICLAYO, 2023**, fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina.

En uso de las atribuciones conferidas por la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo;

SE RESUELVE:

Artículo 1º.- Declarar aprobado el Proyecto de Investigación para continuar con el proceso de recolección de datos y finalización del mismo.

Artículo 2º.- Dar a conocer la presente resolución a la interesada.

Regístrese, comuníquese y archívese.



SECRETARÍA ACADÉMICA
FACULTAD DE MEDICINA



FACULTAD DE MEDICINA

Mtro. Sorey Garjet Gayoso Dianderas
Secretaría Académica
Facultad de Medicina

Mtro. Luis Enrique Jara Romero
Decano (e)
Facultad de Medicina



Anexo N°6: Carta de presentación por dirección de escuela



Chiclayo, 04 de abril de 2023

Carta N.º 043 – 2023-USAT-EENF

Médico
Elmer Delgado Senmache
Director Hospital Docente Las Mercedes
Chiclayo. -

Asunto: Autorización para ejecutar Proyecto de Investigación

Mediante la presente, es grato saludarlo cordialmente a nombre de la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo y a la vez, presentarle a la estudiante de Enfermería **Toro Burga Angie Cristina**, identificada con DNI 74395040, quién ha elaborado el Proyecto de tesis titulado: **“PRÁCTICAS Y BARRERAS EN EL MANEJO NO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR POR PROFESIONALES ENFERMEROS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE CHICLAYO, 2023”**. Esta investigación cuenta con la aprobación del Comité metodológico de la Escuela de Enfermería y el Comité de Ética de investigación de la Facultad de Medicina USAT y tiene como asesora a Dra. Mirian Elena Saavedra Covarrubia.

Por tal motivo, solicito a su Despacho brindar a la estudiante las facilidades respectivas, a fin de que ejecute el proyecto de investigación en la institución que usted dignamente dirige; asimismo las coordinaciones con el Departamento de Enfermería, en lo relacionado a fecha y requerimiento para la recolección de datos.




Agradezco por anticipado su gentil apoyo a lo solicitado y hago propicia la oportunidad para expresar mi especial consideración y estima personal.

Atentamente



Dra. Mirian Elena Saavedra Covarrubia
 Directora Escuela de Enfermería USAT

**Anexo N°7: Permiso para ejecución de proyecto de tesis por el Hospital Regional
docente las Mercedes**

Ministerio de Salud
Personas que atendemos Personas

HOSPITAL REGIONAL DOCENTE "LAS MERCEDES"

N° 024/ 23

AUTORIZACIÓN

El Director y el Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital "Las Mercedes" Chiclayo, Autoriza a:

**TORO BURGA
ANGIE CRISTINA**

Para que realice la Ejecución del Proyecto de Investigación
Titulado: *"Prácticas y Barreras en el Manejo no Farmacológico del Dolor por Profesionales Enfermeros en un Hospital Público de Chiclayo, 2023"* debiendo al término remitir las conclusiones respectivas.

Chiclayo, Abril 2023

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "LAS MERCEDES" - CHICLAYO

X

Dr. Bimer Alberto Delgado Senmache
C.M.R. N° 48183 R.N.E. N° A03758
DIRECTOR EJECUTIVO

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LAMBAYEQUE
HOSP. REG. DOC. "LAS MERCEDES" CH.

[Signature]

Mag. Enf. María Isabel Romero Sipion
CEP. 20744

Anexo N°8: Hoja informativa

Hoja informativa para los profesionales enfermeros para participar en un estudio de investigación

Datos informativos

Institución: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo

Investigadores: Angie Cristina Toro Burga

Título: Prácticas y barreras en el manejo no farmacológico del dolor por profesionales de enfermería en un hospital público de Chiclayo, 2023

Propósito del Estudio

Estamos invitando a participar en este estudio, para determinar las prácticas y barreras en el manejo no farmacológico del dolor por profesionales de enfermería, y a partir de los resultados analizados, los profesionales enfermeros conocerán cuáles son sus prácticas y barreras del manejo no farmacológico del dolor más presentes en su servicio y cuáles no, permitiéndoles así poder tomar conciencia de la situación, para que en un futuro puedan generar cambios y/o mejoras. A su vez, esta evidencia, servirá de referente a futuros investigadores, para proponer más investigaciones concernientes a capacitaciones y/o planes de cuidado para la atención del paciente, implementando algunas técnicas no farmacológicas que contribuyen al alivio del dolor en el paciente.

Procedimientos:

Si usted decide participar en el presente estudio firmará el consentimiento informado, para luego aplicar el cuestionario por un encuestador el cual será el propio investigador. La aplicación de este, se realizará de manera presencial y en un tiempo máximo de 15 minutos.

Riesgos:

No se prevén riesgos por participar en este estudio.

Beneficios:

No se otorgará ningún beneficio directo al participante.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento del tema en estudio.

Confidencialidad:

Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio.

Uso futuro de la información obtenida:

Deseamos conservar la información de sus entrevistas guardadas en archivos por un periodo de 2 años, con la finalidad de que sirvan como fuente de verificación de nuestra investigación, luego del cual será eliminada.

Autorizo guardar la base de datos: **SI** **NO**

Derechos del participante:

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar al siguiente número telefónico 921580051, investigador principal.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, al correo: comiteetica.medicina@usat.edu.pe

Anexo N°9: Matriz de procesamiento de datos cuantitativos

universo	Población	unidad elemental	muestra	objetivos del estudio	Variables extraídas de los datos	naturaleza	Dimensiones	observación/ redefinición (si es necesario)	valor final	nivel de medida	Valor del estadístico (estimación)	Elabora el título de cada tabla o gráfico
Profesionales de enfermería que trabajan en un hospital público de Chiclayo	67 profesionales enfermeros del hospital regional docente las Mercedes.	Profesionales de enfermería que trabajan en el servicio de hospitalización en un hospital público de Chiclayo	62	Identificar las prácticas en el manejo no farmacológico del dolor por profesionales enfermeros en un hospital público de Chiclayo, 2023	practica	CATEGORICA	Dimensión I: Intervenciones físicas con el paciente	SIEMPRE-AVECES-NUNCA	DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS	NOMINAL	FRECUENCIA ABSOLUTA Y RELATIVA	Prácticas en el manejo no farmacológico del dolor según la dimensión intervenciones físicas con el paciente por profesionales enfermeros en un hospital público de Chiclayo, 2023
							Dimensión II: Intervenciones cognitivo-conductuales con el paciente					prácticas en el manejo no farmacológico del dolor según la dimensión intervenciones cognitivo-conductuales con el paciente por profesionales enfermeros en un hospital público de Chiclayo, 2023
							Dimensión III: Intervenciones Espirituales con el paciente					prácticas en el manejo no farmacológico del dolor según la dimensión intervenciones espirituales con el paciente por profesionales enfermeros en un hospital público de Chiclayo, 2023
							Dimensión I: Enfermera					Barreas en el manejo no farmacológico del dolor según la dimensión enfermera por profesionales enfermeros en un hospital público de Chiclayo, 2023
				Identificar las barreras en el manejo no farmacológico del dolor por profesionales enfermeros en un hospital público de Chiclayo, 2023.	barra	CATEGORICA	SI - NO	DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS	NOMINAL	ABSOLUTA Y RELATIVA	Dimensión II: Herramientas para el manejo efectivo del dolor	Barreas en el manejo no farmacológico del dolor según la dimensión herramientas para el manejo efectivo del dolor por profesionales enfermeros en un hospital público de Chiclayo, 2023
											Dimensión III: El Paciente	Barreas en el manejo no farmacológico del dolor según la dimensión el paciente por profesionales enfermeros en un hospital público de Chiclayo, 2023
											Dimensión IV: El Entorno	Barreas en el manejo no farmacológico del dolor según la dimensión el entorno por profesionales enfermeros en un hospital público de Chiclayo, 2023

EDAD	NUMERICA		AÑOS		ORDINAL		Edad de los profesionales enfermeros de los profesionales enfermeros de un hospital público de Chiclayo, 2023.
AÑOS DE EXPERIENCIA	NUMERICA		AÑOS		ORDINAL		Años de experiencia de los profesionales enfermeros de un hospital público de Chiclayo, 2023.
CAPACITACIÓN	CATEGORICA		SI - NO		NOMINAL	DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS	Capacitación sobre manejo no farmacológico de los profesionales enfermeros de un hospital público de Chiclayo, 2023.
SERVICIO	CATEGORICA		Traumatología, Cirugía Mujeres, Cirugía varones, Medicina Mujeres, Medicina Varones, Unidad de cuidados intensivos y Gineco-obstetricia		NOMINAL		Servicios donde laboran los profesionales enfermeros de un hospital público de Chiclayo, 2023.
NIVEL ACADEMICO	CATEGORICA		Licenciado, especialista, magister y doctorado		ORDINAL		Nivel académico de los profesionales enfermeros de un hospital público de Chiclayo, 2023.
ESTADO CIVIL	CATEGORICA		Soltero, casado, viudo, divorciado y conviviente		ORDINAL		Estado civil de los profesionales enfermeros de un hospital público de Chiclayo, 2023.
SEXO	CATEGORICA		Femenino y masculino		NOMINAL		Sexo de los profesionales enfermeros de un hospital público de Chiclayo, 2023.

Anexo N°10: Recategorización de datos cuantitativos

RECATEGORIZACIÓN					
Años de experiencia laboral	columna				
35	Mayor a 10 años				
10	5 a 10 años				
19	Mayor a 10 años				
30	Mayor a 10 años				
30	Mayor a 10 años				
8	5 a 10 años				
11	Mayor a 10 años				
8	5 a 10 años				
42	Mayor a 10 años				
9	5 a 10 años				
30	Mayor a 10 años				
29	Mayor a 10 años				
10	5 a 10 años				
37	Mayor a 10 años				
22	Mayor a 10 años				
16	Mayor a 10 años				
35	Mayor a 10 años				
24	Mayor a 10 años				
2	Menor a 5 años				
6	5 a 10 años				
21	Mayor a 10 años				

Años de experiencia laboral			
	F. Absoluta	F. Relativa	Porcentaje
<5 años	6	0.10	10%
5 a 10 años	21	0.34	34%
>10 años	35	0.56	56%
Total	62	1	100%

=SI([Años de experiencia laboral]<5;"Menor a 5 años";SI([Años de experiencia laboral]>10;"Mayor a 10 años";SI([Años de experiencia laboral]<=10;"5 a 10 años"))

RECATEGORIZACIÓN					
Edad	Columna 1				
60	60 a más				
35	30 a 59				
43	30 a 59				
52	30 a 59				
66	60 a más				
34	30 a 59				
40	30 a 59				
34	30 a 59				
66	60 a más				
38	30 a 59				
60	60 a más				
60	60 a más				
34	30 a 59				
64	60 a más				
47	30 a 59				
43	30 a 59				
64	60 a más				
53	30 a 59				
28	Menor a 29				
35	30 a 59				
46	30 a 59				
58	30 a 59				
48	30 a 59				
22	30 a 59				

Edad			
	F. Absoluta	F. Relativa	Porcentaje
≤ 29 años	4	0.06	6%
30 a 59 años	46	0.74	74%
60 años a más	12	0.19	19%
Total	62	1	100%

=SI([@Edad]>=60;"60 a más";SI([@Edad]>=30;"30 a 59";SI([@Edad]<=29;"Menor a 29"))