

**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA**

**CARRERA DE ENFERMERÍA**

*Tesis para optar por el grado académico de  
Licenciatura en Enfermería*

**CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS SOBRE  
TERAPIAS COMPLEMENTARIAS PARA EL  
MANEJO DEL DOLOR EN USUARIOS CON  
ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS  
Y LA RELACIÓN CON LA PERCEPCIÓN DE SU  
SALUD MENTAL Y DINÁMICA FAMILIAR,  
VALLE CENTRAL, II CUATRIMESTRE 2020.**

**MARÍA VALERIA RIVAS VILLALOBOS**

2020

# TABLA DE CONTENIDO

ÍNDICE DE TABLAS .....	4
ÍNDICE DE CUADROS .....	5
ÍNDICE DE FIGURAS .....	6
RESUMEN .....	8
ABSTRACT.....	10
CAPÍTULO I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	12
1.1.    PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	13
1.1.1.    Antecedentes del problema.....	13
1.1.2.    Delimitación del problema .....	21
1.1.3.    Justificación .....	22
1.2.    REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN. ....	25
1.3.    OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	25
1.3.1.    Objetivo general.....	25
1.3.2.    Objetivos específicos .....	25
1.4.    ALCANCES Y LIMITACIONES .....	26
1.4.1.    Alcances .....	26
1.4.2.    Limitaciones .....	26
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	27
2.1.    CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL .....	28
2.1.1.    Enfermedad.....	28
2.1.2.    Aspectos socio-demográficos .....	28
2.1.3.    Adulthood .....	28
2.1.4.    Salud Mental.....	29
2.1.5.    Dinámica Familiar.....	29
2.1.6.    Dolor .....	29
2.1.7.    Salud mental y dinámica familiar asociadas al dolor crónico .....	40
2.1.8.    Tratamientos farmacológicos para el dolor .....	41
2.1.9.    Terapias complementarias para el manejo del dolor.....	47
2.2.    MODELOS Y TEORÍAS .....	52
2.2.1.    Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender .....	52
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO .....	57
3.1.    ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN.....	58
3.2.    TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	58
3.3.1.    Población .....	58
3.3.2.    Muestra .....	59
3.3.3.    Criterios de inclusión y exclusión .....	59
3.4.    INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN .....	59
3.4.1.    Validez del cuestionario.....	60
3.4.2.    Confiabilidad del cuestionario .....	60
3.5.    DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	60
3.6.    OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	61
3.8.    PLAN PILOTO.....	65

3.9. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	66
3.9. ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS .....	66
CAPÍTULO IV. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS .....	67
4.1. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS CUANTITATIVOS .....	68
4.2. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS CUALITATIVOS.....	92
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS .....	107
CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	119
6.1. CONCLUSIONES.....	120
6.2. RECOMENDACIONES.....	122
BIBLIOGRAFÍA.....	124
ANEXOS .....	129

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1. Criterios de inclusión y exclusión.....	59
Tabla N°2. Medicamentos analgésicos recetados por el especialista para tratar el dolor en la población, valle central, 2020.....	74
Tabla N°3. Incidencia de efectos adversos relacionados al consumo de los medicamentos analgésicos recetados por el especialista en la población, valle central, 2020.....	75
Tabla N°4. Afectación de los aspectos básicos de la vida diaria por la sensación dolorosa en la población, valle central, 2020.....	78
Tabla N°5. Conocimiento de las Terapias Complementarias de la población, valle central, 2020.....	80
Tabla N°6. Prácticas de las Terapias Complementarias de la población, valle central, 2020.....	82

## ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N°1. Operacionalización de las variables.....	61
Cuadro N°2. Operacionalización de las variables.....	62
Cuadro N°3. Operacionalización de las variables.....	63
Cuadro N°4. Cuando de codificación de resultados cualitativos.....	87

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N°1. Precategorización de análisis de datos.....	64
Figura N°2. Distribución de la población por grupos de edad, valle central, 2020.....	68
Figura N°3. Distribución de la población por sexo, valle central, 2020.....	69
Figura N°4. Distribución de la población por provincia de residencia, valle central, 2020.....	69
Figura N°5. Distribución de la población según grado académico, valle central, 2020.....	70
Figura N°6. Distribución de la población según ocupación, valle central, 2020.....	71
Figura N°7. Distribución de la población según ingreso mensual, valle central, 2020.....	71
Figura N°8. Distribución de la población según grupo de enfermedad diagnosticada, valle central, 2020.....	72
Figura N°9. Distribución de la población según el grupo de años en que fue diagnosticado, valle central, 2020.....	73
Figura N°10. Relación entre el aumento del dolor con la realización de movimientos mecánicos osteomusculares en la población, valle central, 2020.....	76
Figura N°11. Realización de un diario de dolor en la población, valle central, 2020.....	76
Figura N°12. Consulta a un especialista en salud mental (enfermero, psicólogo o psiquiatra) desde el momento del diagnóstico en la población, valle central, 2020.....	77
Figura N°13. Nivel de apoyo familiar ante la sensación dolorosa en la población, valle central, 2020.....	78
Figura N°14. Conocimiento del término "Terapias Complementarias" en la población, valle central, 2020.....	79
Figura N°15. Fuente del conocimiento del término "Terapias Complementarias" de la población, valle central, 2020.....	79
Figura N°16. Fuente del conocimiento de las Terapias Complementarias de la población, valle central, 2020.....	81
Figura N°17. Forma en la que se practica la Terapia Complementaria en la población, valle central, 2020.....	83
Figura N°18. Satisfacción por los efectos de la Terapia Complementaria en la población, valle central, 2020.....	84

Figura N°19. Recomendación de uso de las Terapias Complementarias de la población, valle central, 2020.....	85
Figura N°20. Apoyo de la población sobre la implementación de las Terapias Complementarias en la Caja Costarricense del Seguro Social, valle central, 2020.....	86

## RESUMEN

**Introducción:** el dolor es el síntoma que se presenta en la mayoría de las enfermedades que padece el ser humano, genera incomodidad y cambios en el estilo de vida; múltiples estudios indican la importancia del uso de las terapias complementarias en dolor crónico pues disminuyen los efectos negativos de los fármacos y a su vez mejoran el estado de salud de quienes las practican. **Objetivo General:** Determinar el conocimiento y las prácticas sobre terapias complementarias para el manejo del dolor en usuarios con enfermedades crónico-degenerativas y su relación con su salud mental y la dinámica familiar, Valle central, 2020.

**Metodología:** la investigación es mixta, descriptiva, de diseño no experimental y de tipo transversal. La población está formada por 30 costarricenses entre las edades de 18 a los 65 años, que residen en el valle central con diagnóstico de enfermedad crónico-degenerativa, el instrumento para la recolección de datos es una encuesta realizada por la investigadora.

**Resultados:** las enfermedades más frecuentes de tipo crónico-degenerativas que se asocian con la aparición de dolor son del sistema musculoesquelético. La mayoría de la población ha tenido o ha asistido a una consulta con un profesional de salud mental y poseen apoyo familiar ante su enfermedad. El humor es el aspecto que más se ve afectado con el dolor. La mayoría conoce el término terapias complementarias porque lo escuchan de un profesional en salud. Las terapias más utilizadas son del grupo mente-cuerpo y espíritu entre ellas el yoga, musicoterapia y psicoterapia. **Discusión:** una enfermedad crónica puede presentarse en todos los grupos de edad haciendo que jóvenes y adultos requieran tratamiento analgésico, pero el sexo femenino es el más afectado por la sensación dolorosa. Entre mayor tiempo de diagnóstico, mayor es la probabilidad de usar terapias complementarias y hay una afectación marcada de las actividades básicas de la vida diaria. La percepción de la influencia del dolor en la salud mental y la

dinámica familiar es negativa, pues produce ansiedad, estrés y depresión, así como el autoaislamiento y la incapacidad de relacionarse con normalidad. **Conclusiones:** se identifican múltiples enfermedades crónicas que causan dolor y afectan a diferentes sistemas del organismo, en su mayoría diagnosticadas entre 3 a 5 años atrás. La mayoría son tratadas con fármacos AINES u opioides leves por lo que los efectos adversos no son tan graves. Más de la mitad no llena un diario del dolor, pero admiten que aumenta con los movimientos mecánicos osteomusculares. La disminución del dolor, la ansiedad y el estrés fue lo que motivo a los participantes a realizar las terapias complementarias, obteniendo los resultados esperados en la mayoría de los casos.

**Palabras clave:** enfermería, dolor crónico, medicina complementaria, salud mental, relación familiar.

## ABSTRACT

**Introduction:** pain is the symptom that occurs in most of the diseases suffered by humans, it generates discomfort and changes in lifestyle; multiple studies indicate the importance of the use of complementary therapies in chronic pain as they reduce the negative effects of drugs and in turn improve the health status of those who practice them. **General Objective:** Determine the knowledge and practices on complementary therapies for pain management in users with chronic degenerative diseases and their relationship with their mental health and family dynamics, Central Valley, 2020. **Methodology:** the research is mixed, descriptive, non-experimental design and cross-sectional. The population is form of 30 Costa Ricans between the ages of 18 to 65, who reside in the central valley with a diagnosis of chronic degenerative disease, the instrument for data collection was a survey conducted by the researcher. **Results:** the most frequent chronic-degenerative diseases associated with the appearance of pain are of the musculoskeletal system. Most of the population has had or has attended a consultation with a mental health professional and they have family support for their illness. Humor is the aspect that is most affected by pain. Most know the term complementary therapies because they heard it from a health professional. The most widely used therapies are from the mind-body and spirit group, including yoga, music therapy and psychotherapy. **Discussion:** a chronic disease can occur in all age groups causing young people and adults to require analgesic treatment, but the female sex is the most affected by the painful sensation. The longer diagnosis time, the greater the probability of using complementary therapies and there is a marked impairment of the basic activities of daily life. The perception of the influence of pain on mental health and family dynamics is negative, as it produces anxiety, stress and depression, as well as self-isolation and the inability to relate normally. **Conclusions:** multiple chronic diseases that cause pain and

affect different body systems are identified in this study, mostly diagnosed between 3 to 5 years ago. Most are treated with NSAIDs or mild opioids, so the adverse effects are not as serious. More than half do not fill out a pain diary but admit that it increases with mechanical musculoskeletal movements. The decrease in pain, anxiety and stress was what motivated the participants to take complementary therapies, obtaining the expected results in most cases.

**Key words:** nursing, chronic pain, complementary medicine, mental health, family relationships

## **CAPÍTULO I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

## **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1.1. Antecedentes del problema**

Las terapias complementarias se usan en la medicina no convencional para tratar diferentes patologías, como el dolor crónico. La anterior afirmación promueve la realización de investigaciones para valorar beneficios y riesgos que poseen estas prácticas en los seres humanos, así como el estudio de la relación entre el padecer dolor crónico con el diagnóstico de enfermedades mentales. Durante una revisión bibliográfica se encuentran estudios actualizados, relacionados a este trabajo, por lo que se considera importante mencionarlos.

#### **1.1.1.1. Antecedentes internacionales**

Vanegas et al<sup>1</sup> realizan un estudio en Colombia en el año 2008, llamado “Experiencias de profesionales de enfermería en terapias alternativas y complementarias aplicadas a personas en situación de dolor”. El objetivo del estudio era descubrir cuál era la percepción del enfermero con respecto a sus experiencias con terapias alternativas aplicadas a personas con dolor.

El enfoque utilizado es el hermenéutico ya que quieren descubrir, interpretar, comprender y describir dichas experiencias. Como resultados obtienen que la muestra posee entre cinco y diez años de experiencia que adquieren mediante cursos, seminarios, talleres y búsquedas por internet. Concluyen que los profesionales utilizan diferentes tipos de terapias en las consultas, brindando un enfoque integral observando a la persona como un ser holístico, por lo que no solamente atendían el dolor, si no que orientaban la atención hacia la armonía del usuario.<sup>1</sup>

Soledad y León<sup>2</sup> publican una investigación en Perú en el año 2016, denominada “Nivel de información sobre terapias complementarias y adopción de estilo de vida promotor de salud en personas de la tercera edad en Trujillo”. El objetivo del mismo es determinar la asociación entre

el nivel de información sobre las terapias y el nivel de estilo de vida promotor de salud en personas de la tercera edad pertenecientes al Centro de Atención de Medicina Complementaria de la ciudad de Trujillo.

El método utilizado es el transversal en el que se incluye una muestra de treinta adultos mayores de sesenta años pertenecientes al centro. Los resultados determinan que el 56,6% de los participantes poseen una comprensión media y solo un 23,3% manejan un alto conocimiento sobre terapias complementarias y de toda la muestra solamente un 36,7% demuestra tener un estilo de vida promotor de salud. Con el estudio concluyen que según el nivel de información que manejan los señores con respecto a las terapias, mayor iba a ser el nivel de adopción de un estilo de vida promotor de salud.<sup>2</sup>

Martínez et al<sup>3</sup> efectúan un estudio en Colombia, en el año 2016, llamado "Uso de terapias alternativas y complementarias en pacientes con dolor crónico en una institución hospitalaria, Medellín, Colombia, 2014", cuyo objetivo consiste en determinar las características del uso de las mismas en pacientes con dolor crónico que consultan a una entidad sanitaria de la ciudad de Medellín.

El método utilizado es descriptivo-transversal con usuarios que asisten a consulta externa y cumplen con los criterios de elegibilidad, en esta investigación no se realiza muestreo. Los resultados del estudio arrojan que 220 personas padecen de dolor crónico y los dolores más frecuentes son el osteomuscular con un 77,7% y la migraña con un 15% del total de la población. Solo un 33,6% utiliza en algún momento terapias alternativas donde son más utilizadas la homeopatía en un 14,5% y la fitoterapia en un 12,7%. Las conclusiones derivadas indican que tanto el tipo de dolor y su manejo terapéutico cumplen con la literatura y que, a pesar del uso

minoritario de las terapias complementarias, la escala HCAMQ es eficiente al evaluar las creencias acerca del valor de la medicina alternativa.<sup>3</sup>

Martínez et al<sup>4</sup> realizan un estudio en el 2016 en una ciudad española titulado “Manejo del dolor oncológico: revisión sistemática y valoración crítica de las guías de práctica clínica”, que tiene como objetivo revisar de forma sistemática las guías de práctica clínica actuales sobre el manejo del dolor oncológico, al analizar su metodología y contenido de forma crítica, y conocer su calidad y validez.

El método utilizado por el equipo de investigación es la revisión sistemática de bases de datos en idiomas como el inglés, el francés y el español existentes entre el 2008 y el 2013. Los resultados demuestran que según la escala AGREE-II, la guía de Scottish Intercollegiate Guidelines Network es la mejor valorada y la peor es la de la Sociedad Española de Oncología Médica. La guía que presentó una mayor validez es la del Ministerio de Salud de Malasia, seguida por la del Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Concluyen con el estudio que las guías actuales presentan limitaciones importantes tanto en calidad como en contenido y que recomiendan el uso de las guías del Ministerio de Salud de Malasia y del Scottish Intercollegiate Guidelines Network y mencionan que la guía de la Sociedad Española de Oncología Médica tiene oportunidad de mejorar.<sup>4</sup>

Pedrosa et al<sup>5</sup> elaboran una investigación en el año 2017 en Madrid a la que llaman “La terapia asistida con perros en el tratamiento de las personas con dolor crónico: una revisión sistemática”. El objetivo de dicha investigación era el desarrollar una revisión sistemática de publicaciones disponibles y resumir la información sobre ese tipo de terapia complementaria. El método utilizado es la revisión sistemática de metaanálisis según el método PRISMA, incluyendo bases

de datos como PubMed, CINAHL, PsycINFO, Web of Science Core Collection, Psychology and Behavioral Sciences Collection y Medline.<sup>5</sup>

El resultado indica que pueden identificar 179 artículos, de los cuales 135 se revisan para su potencial inclusión, pero solamente 7 fueron incluidos. En estos artículos se menciona que aquellos que practican ese tipo de terapia informan una menor intensidad del dolor, mejor estado de ánimo y calidad de vida; sin embargo, no mencionan el tipo de intervención utilizada ni componentes específicos, dificultando así la posibilidad de replicarlos. Como conclusiones dictan que, a pesar de los resultados positivos, se espera que en un futuro las investigaciones posean control con diseños más elaborados, así como mayor exigencia metodológica, así como la descripción detallada de las intervenciones que identifiquen las variables responsables de los efectos beneficiosos de la terapia.<sup>5</sup>

Guirola<sup>6</sup> publica un estudio en la universidad de Valladolid en el año 2017, llamado "Control no farmacológico del dolor en pacientes paliativos - Terapias alternativas y complementarias". El objetivo del mismo es conocer los distintos tratamientos no farmacológicos del dolor que se aplican en pacientes paliativos. Utiliza el método de revisión sistemática de diferentes bases de datos como Elsevier, Scielo, Pubmed, Cuiden Plus, Dialnet, Cochrane Plus, Google Académico y PubMed.

Los resultados obtenidos comprueban que el trabajo del equipo multidisciplinario debe ser coordinado para lograr brindar cuidados integrales y de calidad, además que para la aplicación de las terapias es necesario el uso del razonamiento crítico pues es importante tener en cuenta que la persona es un ser biopsicosocial y espiritual. Con el estudio llega a la conclusión de que los tratamientos complementarios son importantes para el manejo no farmacológico del dolor

pues se componen de múltiples posibilidades para brindar una mejor calidad de vida en pacientes paliativos, ofreciendo no solamente el alivio de la dolencia, sino que también la disminución del sufrimiento y otros síntomas al ser aplicado en conjunto con el tratamiento farmacológico. También promueve la formación del personal de enfermería para tener una visión holística con el usuario.<sup>6</sup>

Arango y Rincón<sup>7</sup> realizan en el 2018 en una ciudad colombiana un estudio denominado “Trastorno depresivo, trastorno de ansiedad y dolor crónico: múltiples manifestaciones de un núcleo fisiopatológico y clínico común”. En el artículo, los autores no mencionan cuál es el objetivo de la investigación, se cree que es valorar si existe una relación entre el dolor crónico con la aparición de trastornos depresivo y de ansiedad, según lo analizado en el contenido del artículo. Aplican el método de revisión narrativa de aspectos tanto fisiopatológicos como clínicos de la comorbilidad de depresión y dolor crónico.

Los resultados obtenidos dictan que, según los avances en técnicas bioquímicas, celulares e imagenología avanzada, consideran que hay una aproximación etiopatogénica, fisiopatológica y clínica de estos trastornos. Concluyen que el reconocer el polimorfismo de genes relacionados a la inflamación provoca que exista una susceptibilidad a padecer depresión y que también pueden modificar la respuesta a los tratamientos antidepresivos. Además, de que la relación con imágenes demuestra que hay una analogía en la estructura y funcionalidad de la fisiopatología entre la depresión y el dolor crónico.<sup>7</sup>

### **1.1.1.2. Antecedentes nacionales**

Quirós<sup>8</sup> realiza un estudio en el año 2013 denominado “Hipnosis como tratamiento del dolor en pacientes con fibromialgia”. Su objetivo es demostrar la efectividad de la hipnosis, asociada a un enfoque cognitivo-conductual, en la disminución de la percepción del dolor de pacientes con fibromialgia. Utiliza métodos mixtos para realizar la investigación y toma la información de instrumentos cualitativos para conocer y evaluar aspectos de la percepción del dolor y cuantitativos que identifican el grado de percepción del dolor ocasionado por el síndrome.

La muestra de estudio incluye a seis mujeres entre los 50 y 72 años, diagnosticadas con fibromialgia pertenecientes al programa de adulto mayor de la clínica CEDCAS de Heredia. Los resultados identifican una disminución de la percepción del dolor de las participantes de entre un 40 hasta un 80% al finalizar las ocho semanas, así como un decrecimiento de los estados depresivos y de los niveles de ansiedad. Quirós llega a la conclusión que la implementación de la hipnosis, complementada con técnicas cognitivo-conductuales, confirman una reducción de los factores asociados a la percepción del dolor en pacientes con fibromialgia.<sup>8</sup>

Anchía y Revuelta<sup>9</sup> en el 2017 publican un estudio llamado “Terapias complementarias, salud y calidad de vida en Costa Rica”. Su objetivo es presentar información relacionada con las terapias complementarias en Costa Rica y la forma en que han sido documentadas en medios de comunicación en línea en el país en las últimas dos décadas. La metodología se presenta como un estudio de caso exploratorio con enfoque cualitativo, utilizando como fuentes de información medios como La Nación, La República, La Prensa Libre, El Financiero, CrHoy y La Extra.

Los resultados que obtienen dictan que, de los sistemas médicos alternos, la fitoterapia es la que más se menciona en los diarios. En intervenciones de mente y cuerpo, las cuales presentan mayor tendencia para aparecer en los medios, mencionan el arte terapia, la hidroterapia, música terapia, entre otras como una forma de relajación y disminución de la ansiedad en los pacientes, brindando resultados positivos. Concluyen que tanto los profesionales de salud como los usuarios han aumentado la demanda de las terapias complementarias y que los medios de comunicación son una importante forma de promoción de las mismas.

Araya<sup>10</sup> elabora una investigación en el 2017 a la que titula “Terapia de aceptación y compromiso para el tratamiento del dolor crónico no oncológico: una revisión sistemática de la literatura”. Su objetivo consiste en analizar la evidencia de la eficacia de la terapia de aceptación y compromiso para el tratamiento del dolor crónico no oncológico en personas adultas. La metodología que usa es la revisión sistemática, utilizando bases de datos como PubMed, Scielo, Redalyc, Dialnet, Google Académico, entre otras.

Los resultados obtenidos detallan que los artículos que cumplen con los criterios del autor estudiaban a diferentes grupos poblacionales, varias condiciones de dolor y la eficacia de la terapia de aceptación y compromiso en diferentes patologías como fibromialgia y dolor crónico, así como el impacto económico que tienen. Con el estudio llega a la conclusión que la terapia es eficaz, mayormente en mujeres de adultez media y que la intervención con ella no disminuye la intensidad del dolor, sin embargo, mejora la aceptación del proceso doloroso.<sup>10</sup>

Ramírez<sup>11</sup> estudia en el 2017 el tema denominado “Dolor músculo esquelético y su asociación con factores de riesgo ergonómicos en trabajadores administrativos de la compañía Coca Cola, división de servicios globales, San José, Costa Rica, marzo-abril 2017”. Su objetivo consiste en determinar la asociación entre dolor músculo esquelético con factores de riesgo ergonómicos

en los trabajadores administrativos de la compañía Coca Cola, división de servicios globales, ubicados en la Uruca, San José, Costa Rica, durante el período marzo-abril 2017.

Ramírez<sup>11</sup> utiliza el método descriptivo transversal de asociación cruzada, evaluando a 82 funcionarios administrativos con el método RULA y el cuestionario nórdico Kuorinka. Los resultados arrojan que el dolor musculoesquelético más común es en la región dorsal o lumbar con un 73%, seguido del cuello con un 62% y por último en manos y muñecas con un 42%. El 98% de la población presenta un nivel de acción RULA de  $\geq 2$ . Concluye que no existe una asociación estadísticamente significativa entre el dolor musculoesquelético y los factores de riesgo ergonómicos valorados.<sup>11</sup>

Morales<sup>12</sup> publica en el 2018 un estudio llamado “Intervención del profesional de enfermería en el manejo del dolor físico en pacientes de 30 a 70 años según su estilo de vida en la comunidad de Higuito de Desamparados”. El objetivo del estudio es determinar la intervención del profesional de enfermería en el control del dolor en pacientes de 30 a 70 años según el estilo de vida en la comunidad de Higuito de Desamparados. La metodología se basa en un enfoque descriptivo-cuantitativo, donde la muestra se compone de 100 personas que padecen de enfermedades metabólicas o crónicas que les producen dolor crónico.

Sus resultados demuestran que un 62% realiza algún tipo de actividad física, el 29% padece de dolor de forma continua, que la región más afectada es la espalda con un 51%, el ibuprofeno es el medicamento más utilizado con un 59%. Solamente un 41% de la población califica el accionar de enfermería como excelente. Concluye que el dolor es un problema multifactorial, las cuales se interrelacionan entre sí y son difíciles de distinguir, además menciona que el dolor debe ser considerado como uno de los síntomas más urgentes en usuarios que padecen una enfermedad.<sup>12</sup>

Ugalde<sup>13</sup> elabora en el año 2019 una investigación la cual nombra “Uso y eficacia de las terapias complementarias y alternativas utilizadas por el paciente oncológico durante su proceso de recuperación según patología, Gran Área Metropolitana Costa Rica, 2019”. El objetivo de la investigación es determinar el uso y la utilizadas por el paciente oncológico durante su proceso de recuperación según patología, Gran Área Metropolitana en Costa Rica, 2019.

La metodología es descriptiva con enfoque cuantitativo y obtiene la información mediante la aplicación de un cuestionario. Los resultados dictan que solo un 57,12% de la población conoce sobre las terapias y un 38,67% indica que no utilizan varias de ellas, sin embargo, señalan utilizarlas cuando se les brinda un listado indicando la falta de conocimiento. El tipo de terapias más utilizadas son las de tipo biológica y un 96,25% indicó que el uso es efectivo durante el proceso de recuperación.

La autora concluye que existe una falta de conocimiento sobre las terapias complementarias y alternativas, además del consumo de alimentos con propiedades anticancerígenas y terapias psicológicas, y una disminución de los efectos del tratamiento oncológico al aplicarlas y que son efectivas al brindar mejor calidad de vida, fortalecimiento del sistema inmune y del estado físico y mejoría del estado de ánimo y autoestima.<sup>13</sup>

### **1.1.2. Delimitación del problema**

El estudio es desarrollado durante los meses de enero a setiembre del año 2020, con una población de estudio constituida por 30 costarricenses, residentes del valle central de entre los 18 hasta los 65 años, con una escolaridad variada desde la primaria completa hasta la universidad completa y sus ocupaciones van desde el nivel de estudiante hasta trabajadores.

### **1.1.3. Justificación**

La presente investigación se desarrolla con el objetivo de identificar el conocimiento y las prácticas de terapias complementarias para el manejo del dolor en usuarios con enfermedades crónico-degenerativas y la relación con su salud mental y la dinámica familiar de los mismos.

El dolor es una manifestación clínica, que en la actualidad no se ha logrado evidenciar la forma de comprobar una experiencia objetiva y cuantificable de su presentación en cada individuo es por esto que se le considera como una expresión subjetiva de aquel que lo padece. Se ve influenciado por diversos elementos ya sean biológicos, psicológicos o sociales y cada uno de ellos puede ser capaz de generar en la persona diferentes tipos de dolor. <sup>14</sup>

El dolor es el síntoma que se presenta en la mayoría de las enfermedades que puede padecer el ser humano, genera a su vez incomodidad y cambios en el estilo de vida de aquella persona que lo padece; es por esto que con el paso del tiempo se han realizado diferentes experimentos farmacológicos que dieron paso a tratamientos sintéticos que logran, aun en la actualidad, disminuir la incidencia del dolor y mejorar así la calidad de vida. <sup>14</sup>

Una investigación que es realizada a profundidad sobre los elementos que influyen en la aparición, mejoría y alivio del dolor, fomenta la capacidad de los profesionales en salud para reconocer con facilidad estos indicadores, lo que promovería el diagnóstico oportuno y el tratamiento preventivo eficaz, alargando el inicio del proceso doloroso.

Los productos farmacéuticos se utilizan como el método de primera elección para el tratamiento del dolor crónico, entre ellos los opioides y benzodiazepinas, clasificándolos como los más eficaces. Aunque es importante tener en cuenta que el uso prolongado, excesivo e irresponsable, conlleva a generar en los usuarios aparición de efectos no deseados, así como el aumento de la

tolerancia y por consecuencia de esto, el incremento de las dosis que puede desarrollar a su vez una adicción al medicamento o en casos graves la muerte por intoxicación.<sup>14</sup>

El enfermero debe reconocer los signos de tolerancia, adicción e intoxicación ya que le permite saber cuándo y cómo actuar. La necesidad de cambio de dosis o de medicamento, trabajar diferentes terapias para disminuir los signos y síntomas de adicción, actuar con rapidez en momentos de sobredosis aplicando el antagonista correcto y evitando así la muerte del usuario, son indicadores de que el profesional de enfermería posee un buen manejo de la información acerca de los tratamientos analgésicos.

Nuevos estudios revelan la importancia del uso complementario de las terapias complementarias en usuarios que padecen de dolor crónico y están siendo tratados con medicamentos pertenecientes a las familias mencionadas anteriormente, en los cuales se llega a la conclusión que disminuyen los efectos negativos de los tratamientos farmacológicos y a su vez mejoran el estado de salud de aquellos quienes las practican.

Snyder y Lindquist<sup>15</sup> definen a este tipo de terapias como "grupo formado por distintos sistemas médicos y de atención de la salud, prácticas y productos que no se consideran en la actualidad como parte de la medicina convencional", por lo que al aplicarlas permiten ver al ser humano como un ser holístico y trabajan todas sus esferas, y no solamente la fisiológica.

Todo enfermero tiene la obligación de estar al tanto de los tratamientos que funcionan como analgésicos, farmacológicos o no, que existen en el mercado, los tipos de dolor en los que son indicados y su adecuada vía y tiempo de administración. Esto es importante porque permite identificar cuando existe un uso incorrecto e irresponsable del medicamento o de la terapia, lo que podría provocar un daño en la persona que se está tratando.

El enfermero es el responsable de brindar educación sobre estos tratamientos y la correcta aplicación. Bajo el ideal de la promoción de la salud de Nola Pender, se busca que los usuarios deseen alcanzar el bienestar y el potencial humano para que puedan tomar decisiones sobre el cuidado de su propia salud y así mejorar su proceso de autocuidado.<sup>16</sup>

Costa Rica ve un aumento de las consultas de personas que cursan con dolor crónico, por lo que es necesario un estudio de los diferentes métodos y/o prácticas que los costarricenses usan para manejarlo, tomando en consideración cuáles son los medicamentos comúnmente indicados y así saber si los costarricenses tienen la cultura de buscar y practicar tratamientos que no pertenecen a la medicina convencional, como lo son las diferentes terapias complementarias.

El Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos (CNCDCP) es la institución en la que se ha invertido una gran suma de dinero por parte de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) con el fin de desarrollar una red que le permita a los costarricenses una mejor atención en el manejo de su dolor, bajo la supervisión del Consejo Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP) y el Ministerio de Salud (MS). Cabe recalcar que los servicios de esta institución no son brindados a todos los costarricenses que sufren de dolor crónico, sino que los ofrece a una limitada parte de esa población.<sup>17</sup>

Las terapias complementarias deben ser aplicadas en los tres niveles de atención porque generan un beneficio en los costarricenses, siempre y cuando tengan el conocimiento de cuál es el fin y las lleven a la práctica correctamente. El manejo de su dolor no debe estar supeditado al consumo de tratamiento farmacológico, menos si éste genera efectos indeseados, cuando la práctica de distintas terapias ayuda a disminuir los mismos y a su vez la dolencia del usuario.

## **1.2. REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN.**

¿Cuáles son los conocimientos y las prácticas sobre terapias complementarias para el manejo del dolor en usuarios con enfermedades crónico-degenerativas y la relación con su salud mental y la dinámica familiar, Valle Central, II cuatrimestre de 2020?

## **1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar el conocimiento y las prácticas sobre terapias complementarias para el manejo del dolor en usuarios con enfermedades crónico-degenerativas y su relación con su salud mental y la dinámica familiar, Valle central, II cuatrimestre 2020.

### **1.3.2. Objetivos específicos**

Identificar los aspectos sociodemográficos y patológicos de los usuarios con enfermedades crónico-degenerativas.

Identificar los aspectos determinantes del dolor en los usuarios con enfermedades crónico-degenerativas.

Especificar la percepción de la salud mental y la dinámica familiar de los usuarios relacionada al manejo del dolor.

Identificar el conocimiento sobre terapias complementarias para el manejo del dolor de los usuarios.

Describir las prácticas de las terapias complementarias para el manejo del dolor de los usuarios.

## **1.4. ALCANCES Y LIMITACIONES**

### **1.4.1. Alcances**

No se presentan alcances durante el desarrollo de esta investigación.

### **1.4.2. Limitaciones**

Las limitaciones que se presentan durante el desarrollo del estudio son: el proceso de cuarentena por la pandemia del Covid-19, que impide el acercamiento de la investigadora para con los sujetos de estudio. La segunda limitación, es la negativa por parte de la primera posible población a participar de la investigación, lo que retraso el proceso de recolección de datos. La tercera y última limitación, es la falta de respuesta del Centro Nacional para el Control del Dolor y Cuidados Paliativos para brindar información estadística necesaria para valorar la incidencia de la población costarricense con dolor crónico.

## **CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO**

## **2.1. CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL**

### **2.1.1. Enfermedad**

Herrero<sup>18</sup> define enfermedad como una alteración que se produce en una parte del organismo, la cual puede presentar diferentes síntomas o signos específicos y que su evolución puede ser o no, previsible.

Una enfermedad crónica se caracteriza por presentarse en un periodo largo de la vida y por tener una “progresión lenta”.<sup>19</sup> A esta definición se le asocia la de enfermedad degenerativa pues son patologías que afectan la función o estructura del organismo, que va empeorando con el transcurso del tiempo, lo que influye en el estado de la salud.<sup>20</sup>

### **2.1.2. Aspectos sociodemográficos**

La sociodemografía es la “ciencia que estudia estadísticamente las características sociales que describen a las poblaciones humanas y sus variantes...”, por lo que se puede decir que el aspecto sociodemográfico es una característica social de la población humana que puede ser estudiada y evaluada por una persona que haga uso de la estadística.<sup>21</sup>

### **2.1.3. Adulthood**

Papalia<sup>22</sup> divide a la adultez en cuatro categorías: emergente, temprana, mediana y tardía. El concepto de adultez emergente hace referencia a la adaptación de la adolescencia hacia la adultez, es parte de la adultez temprana y se encuentra dentro del rango de edad de los 18 a los 29 años. La adultez temprana es en la que se determina el quién se es y el quién se quiere ser, es la etapa en la que se asientan los roles de la adultez y existe una incertidumbre y confusión con respecto al futuro esperado, se encuentra entre los rangos de edad de 18 a 40 años.<sup>22</sup>

La adultez media se considera la etapa en la que el ser humano posee un estado físico, emocional y cognoscitivo acentuado, se encuentra entre los rangos de edad de 40 a 65 años.<sup>22</sup>

#### **2.1.4. Salud Mental**

La salud mental es el estado que evalúa el bienestar emocional y psicológico mediante el potencial para valerse de las habilidades emocionales y cognitivas, dentro de las funciones sociales, así como la capacidad de respuesta ante las demandas ordinarias de la vida cotidiana.<sup>23</sup>

#### **2.1.5. Dinámica Familiar**

La dinámica familiar hace referencia a los escenarios de naturaleza psicológica, biológica y social que se conciben dentro de las interacciones entre los miembros de una familia, los cuales propician la cotidianidad por medio de la comunicación, afectividad, autoridad y crianza de los miembros y subsistemas de la familia.<sup>24</sup>

#### **2.1.6. Dolor**

“Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño”.<sup>14</sup>

Rathmell y Fields<sup>25</sup> mencionan que puede ser “un proceso penetrante o destructivo de los tejidos o una reacción emocional o corporal”. El primer grupo se podría describir como lancinante, quemante, constrictivo, desgarrante u opresivo y el segundo como terrorífico o nauseabundo.

El término nocicepción no es lo mismo que dolor, pues es un proceso que involucra solamente respuestas físicas al daño o heridas provocadas en los tejidos. Es importante pues actúa como un sistema temprano de alarma, desencadenando acciones motoras que disminuyen la probabilidad de aparición o de agravamiento de una herida. El dolor incluye respuestas tanto

psicológicas como físicas, y pueden ser expresadas por medio de emociones. Se ve influenciado por comportamientos aprendidos, experiencia personal y la influencia cultural.<sup>26</sup>

Síntoma de etiología dual que puede originarse de una sensación o de una emoción. El dolor agudo promueve un estado de excitación y estrés, el cual aumenta por consecuencia la presión arterial, la frecuencia cardíaca, el diámetro pupilar y el nivel de cortisol en sangre, aunque también puede desarrollar contracciones musculares localizadas. El dolor moderado o intenso provoca estados de ansiedad y la urgencia de eliminar la sensación.<sup>25</sup>

Urman y Vadivelu<sup>14</sup> explica que es algo que solamente el usuario va a percibir, reconocer e identificar, por lo que la información acerca de las características será obtenida hasta que el propio paciente lo especifique.

#### **2.1.6.1. Fisiología del dolor**

La fisiología del dolor es generada por la función del sistema sensitivo del dolor, el cual está formado por mecanismos periféricos y vías centrales.<sup>25</sup>

Los mecanismos periféricos son conocidos como nociceptores aferentes primarios y están formados por tres clases de neuronas: sensitivas aferentes, motoras y simpáticas postganglionares. Anatómicamente se encuentran en los ganglios de las raíces dorsales, cerca de los agujeros vertebrales y su axón se bifurca hacia la médula espinal y a tejidos periféricos. Estas neuronas se van a agrupar según diámetro, grado de mielinización y la velocidad de conducción.<sup>25</sup>

La sensibilización es un proceso que se desarrolla al hallarse estímulos intensos, repetidos y prolongados en un tejido lesionado o inflamado. Provoca que los nociceptores disminuyan la

excitación del umbral y acrecienten la intensidad de los estímulos debido a la frecuencia de descarga. Este proceso se divide en dos etapas: periférica y central.<sup>25</sup>

Los mediadores inflamatorios de la sensibilización periférica impulsan la transducción de la información intracelular, lo que por consecuencia incrementa la producción, transporte e inserción de conductos iónicos. Estos conductos promueven la excitación de las terminaciones y la disminución de la respuesta ante estímulos mecánicos, térmicos y químicos.<sup>25</sup>

La sensibilización central es producida debido a la intensa excitación de las células nerviosas durante el proceso inflamatorio, se genera una condición en la que los estímulos inocuos son capaces de producir dolor, a esto se le conoce con el nombre de alodinia. El desarrollo de la sensibilización resulta importante a nivel clínico porque desencadena procesos como la hipersensibilidad e hiperalgesia.<sup>25</sup>

Las vías centrales del dolor pertenecen a la medula espinal. Las terminaciones de las neuronas aferentes primarias entran en la medula espinal, llegando hasta las astas posteriores de la sustancia gris, donde transmiten señales dolorosas hacia al encéfalo.<sup>25</sup>

Una neurona medular puede confluir estímulos de varias fibras aferentes primarias, provenientes de las vísceras, de estructuras musculoesqueléticas y la piel, brindando una explicación al proceso del dolor irradiado. Rathmell y Fields<sup>25</sup> explican que la mayor cantidad de impulsos que reciben las neuronas medulares son los que provienen de la piel, por lo que, al percibirlos de las estructuras profundas, estos estímulos dolorosos “se localizan de forma errónea por el paciente en un sitio que corresponde a la región cutánea inervada por el mismo segmento medular”.

Las vías ascendentes del dolor están conformadas por las neuronas medulares, que extienden sus axones hasta llegar al tálamo contralateral, creando el haz espinotalámico contralateral y forma parte de la sustancia blanca anterolateral de la medula espinal, el borde externo del bulbo raquídeo y la porción lateral de la protuberancia y el mesencéfalo.<sup>25</sup>

El haz espinotalámico funciona como un conductor de las sensaciones dolorosas, en el momento en el que se dé un entorpecimiento de esa transmisión se produce un “déficit permanente de la discriminación del dolor y la temperatura”. Sus axones se pueden encontrar en diferentes partes del tálamo, de donde se proyectan los estímulos de dolor hacia zonas de la corteza cerebral, en las que se codifica la experiencia dolorosa.<sup>25</sup>

Una de las proyecciones se dirige a la corteza somato sensitiva que funciona como mediadora de los componentes sensitivos del dolor, estos son la localización, la intensidad y las características. Otras proyecciones viajan hacia distintas estructuras corticales, las cuales son vinculadas a las respuestas emocionales, por ejemplo, distingue que tan desagradable es el dolor, si este es capaz de producir sufrimiento y si es capaz de ejercer control sobre el comportamiento. Debido a esto se sabe que una experiencia dolorosa puede venir acompañada del temor.<sup>25</sup>

Rathmell y Fields<sup>25</sup> mencionan que “una lesión quirúrgica en las áreas de la corteza frontal activada por estímulos dolorosos disminuye el impacto emocional del dolor”.

#### **2.1.6.2. Etapas de la percepción del dolor**

Una sensación dolorosa se produce al llevarse a cabo cinco etapas que van desde el momento en que se genera un estímulo hasta que éste es codificado por el cerebro como una sensación dolorosa generando la percepción en la persona.

La primera etapa lleva el nombre de transducción, se da cuando hay presencia de estímulos nocivos o dañinos, que pueden ser de tipo mecánico, térmico o químico. Estos interactúan con las ramificaciones de los nociceptores periféricos hasta “transducirse” en actividad eléctrica que genera un impulso nervioso o potencial de acción.<sup>14</sup>

La segunda etapa se llama conducción, es en la cual el impulso es “conducido” por medio de las neuronas de primer orden hasta que éstas consiguen la sinapsis con neuronas de segundo orden.<sup>14</sup>

La tercera etapa es conocida como transmisión, en esta se da el traspaso o transferencia del estímulo a través de la sinapsis neuronal, de primer orden a las de segundo orden, en la medula espinal, específicamente en su asta posterior.<sup>14</sup>

La cuarta etapa llamada percepción es en la que se produce la consciencia real del dolor, tanto en su apariencia sensorial que se compone de la localización, las características y la discriminación del dolor, como afectivo que incluye la parte emocional.<sup>14</sup>

La última etapa es la modulación, es en la que se activan múltiples factores que moderan la experiencia dolorosa ya que ésta no se presenta de forma directa aun cuando existan los estímulos.<sup>14</sup>

### **2.1.6.3. Función del dolor**

Su función es inevitablemente adaptativa, pues busca la protección y conservación de la homeostasis del organismo. Su fisiología permite la detección, localización e identificación de estímulos que podrían causar daños en los diferentes tejidos.<sup>25</sup> Urman y Vadivelu<sup>14</sup> enlistan una serie de características de la función del dolor, las cuales son: reconocer y situar los impulsos

dañinos, desencadenar reacciones de retirada para delimitar la lesión y evitar un daño mayor, priva la movilidad promoviendo la sanación de la herida y el control de la respuesta inflamatoria.

Otra función del dolor es brindar indicios sobre un posible diagnóstico patológico, ya que cada enfermedad produce distinto daño hístico, diferente evolución, calidad y localización con respecto a otras.<sup>25</sup>

#### **2.1.6.4. Clasificación del dolor**

##### **Según cronicidad**

Es una categoría conformada por dos clasificaciones las cuales son dolor agudo y crónico. El dolor agudo se caracteriza por ser de aparición repentina al momento del estímulo doloroso, suele ser distintivo, brusco e intenso y su periodo no es mayor a tres meses consecutivos. Es provocado por daño tisular o por inflamación de tejidos, por lo que, al momento de la recuperación, éste desaparece. Su función es adaptativa y es fácilmente tratable con analgésicos y antiinflamatorios.<sup>14</sup>

El dolor crónico es una manifestación cuyo periodo supera los tres meses consecutivos ya que, a diferencia del dolor agudo, éste no desaparece cuando se da la recuperación del daño del tejido. Entre sus características se puede mencionar que es continuo y de larga duración, además que suelen ser difíciles de tratar. Este tipo de dolor se genera cuando hay procesos inflamatorios, neuropáticos o disfuncionales.<sup>14</sup>

Las características específicas para identificar al dolor crónico son: alodinia que se define por aquella dolencia inducida por un estímulo que no genera dolor. La hiperalgesia es una elevada

respuesta al estímulo doloroso y se puede dividir en dos tipos que son primaria y secundaria. La hiperalgesia primaria es en el sitio lesionado, siendo los mecanismos periféricos los encargados de la exagerada respuesta. La hiperalgesia secundaria es en zonas contiguas que no están lesionadas, los responsables de esta respuesta son los mecanismos centrales.<sup>14</sup>

El enfoque multidisciplinario para el manejo y tratamiento del dolor crónico genera mejores resultados pues todas las disciplinas aportan al usuario diferentes herramientas que se complementan entre sí, poniendo en práctica un tratamiento integral.<sup>14</sup>

### **Según contexto clínico**

Existen tres tipos de dolor en esta categoría: el dolor neuropático, dolor nociceptivo y el dolor inflamatorio.

El dolor neuropático se produce cuando existe una lesión en nervios periféricos, médula espinal o en el cerebro. Genera una plasticidad anormal del sistema somato sensorial alterando la recepción del estímulo nociceptivo, por eso es que la persona siente dolor aun cuando no existe lesión, lo que conlleva a la manifestación de la hipersensibilidad y por consecuencia la alodinia. Es un tipo de dolor que no es de función adaptativa y es de carácter crónico, de difícil tratamiento y se convierte en algo patológico.<sup>14</sup>

El dolor nociceptivo es de función adaptativa, se desencadena gracias al trabajo de las neuronas nociceptoras al momento de la percepción de una señal nociva para el organismo, lo que permite que la persona sienta dolor e impida una lesión. Por lo general es de tipo agudo y no causa hipersensibilidad ni daño a nivel neurológico.<sup>14</sup>

El dolor inflamatorio tiene las mismas características del dolor nociceptivo, salvo por dos diferencias marcadas: la percepción dolorosa inicia solamente por procesos inflamatorios en

tejidos periféricos y puede generar hipersensibilidad por la constante estimulación en nervios periféricos.<sup>14</sup>

### **Según localización**

El dolor somático y el visceral pertenecen a esta categoría. El dolor somático es aquel que se produce por estimulación de nervios periféricos que forman parte del tegumento, sistema musculoesquelético y vasos sanguíneos y lo refieren como un dolor constante y con ardor.<sup>26</sup>

El dolor visceral implica la estimulación de nervios más profundos, como los que forman parte de los órganos, también se produce cuando hay un cuadro de distensión abdominal o en cáncer metastásico. Se describe como un calambre y severamente doloroso.<sup>26</sup>

#### **2.1.6.5. Etiología del dolor**

Urman y Vadivelu<sup>14</sup> propone componentes que varían la etiología del dolor, los cuales son:

Componente nociceptivo: implica la excitación de nociceptores, ya sea por impulsos químicos, térmicos o mecánicos. Son aquellos que se ven relacionados con el nivel de estimulación de las fibras nerviosas a causa del dolor.

Componente neuropático: componente en el que se ve involucrada una lesión o disfunción nerviosa. Provocados por lesiones de nervio, por enfermedades del sistema nervioso o en las que intervengan los nervios. Es capaz de afectar al sistema nervioso periférico como al central y por lo general, los pacientes describen este tipo de dolor como urente, lancinante u hormigueo.

Componente conductual: es inusual que sea el principal motivo por el que se desencadene la sintomatología dolorosa. Puede estar asociado a factores mentales, conductuales o afectivos y suele manifestarse como cefalea, dolor estomacal, raquialgia, entre otros.

Componente simpático-autónomo: se considera idiopático, pues no se está al tanto de cuál es su mecanismo exacto. Se vincula con la aparición de edemas, cambios en la piel, alodinia e hiperalgesia. Suele ser un dolor urente e intenso en las extremidades.

Componente radicular: aparece cuando se activan los nervios espinales, raíces o ganglios, secundarios a impulsos ectópicos y es capaz de irradiarse por el dermatoma.

Componente de dolor referido: las señales dolorosas provienen de un órgano somático o visceral. Se da al percibirse el dolor en un sitio totalmente diferente del que fue originado.

Relacionado con hiperalgesia cutánea y profunda, sensibilidad, hiperactividad autónoma y contracciones musculares.

#### **2.1.6.6. Evaluación del dolor**

La evaluación del dolor es un procedimiento de gran importancia que se debe realizar minuciosamente para obtener la información necesaria que permita tomar decisiones precisas del cómo se va a intervenir al usuario. Dorman y Harding<sup>26</sup> mencionan que “la evaluación exhaustiva y periódica del dolor es una parte crucial para proporcionar una atención segura y de alta calidad al paciente”.

La percepción del dolor es subjetiva lo que significa que no puede validarse de forma objetiva con un método diagnóstico como se haría con otra patología, en este caso el enfermero debe tomar la información proveniente del usuario, sobre las características de su dolor para utilizarla como base en una evaluación que se ajuste a sus necesidades.<sup>26</sup>

Dorman y Harding<sup>26</sup> citan la definición de dolor dada por McCaffery que dice que la experiencia dolorosa es aquella que el paciente dice sentir, sea cual sea esa experiencia.

El objetivo es comprender la experiencia por la que está pasando el usuario, por medio del conocimiento de conceptos básicos de la evaluación y el manejo adecuado de las escalas de medición del dolor; sin embargo, posee limitaciones importantes como el hecho de que es un síntoma meramente subjetivo, multidimensional y que es difícil de definir a nivel clínico.<sup>14</sup>

#### **2.1.6.7. Aspectos necesarios para evaluar el dolor<sup>14</sup>**

El historial del dolor es la información más importante que debe obtenerse de la persona que se está tratando y debe incluir el reporte de los factores que desencadenan, aumentan, disminuyen o alivian el dolor, tomando en cuenta el tipo de actividad, la posición y los adyuvantes. En este apartado se estudian las características del síntoma, las cuales son:

Calidad: forma en la que la persona describe el dolor, puede ser pulsátil, sordo, persistente, urente, agudo, opresivo o lancinante.

Región y radiación: valoran la ubicación del dolor y si este es referido o localizado. El enfermero puede facilitarle al paciente un mapa de dermatomas para que pueda ubicar el origen de su molestia con mayor facilidad.

Diario del dolor: permite identificar de forma precisa el impacto que posee la sensación dolorosa y el tratamiento indicado en las actividades de la vida diaria del paciente. Incluye información sobre el patrón de sueño, estado de ánimo, funcionalidad y comportamiento.

Historial de tratamiento previo: se recolecta toda la información correspondiente a la utilización de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos que fueron utilizados por el usuario con anterioridad y la respuesta del organismo a los mismos.

Una evaluación exhaustiva debe incluirlos antecedentes del dolor, el historial médico-quirúrgico, uso de medicación, historial social y psiquiátrico además del examen físico al momento de la consulta. Si es posible, se podría complementar la información anterior con estudios diagnósticos como exámenes de rayos x, tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, electromiograma y estudios de sensibilidad.

#### **2.1.6.8. Herramientas para la evaluación del dolor<sup>14</sup>**

##### **Escalas unidimensionales de autoevaluación**

La dimensión valorada en estas escalas es la intensidad. Entre sus ventajas se pueden mencionar que son de fácil aplicación, son prácticas y válidas para evaluar y controlar el dolor agudo. Una de sus desventajas es que el dolor no puede ser medurado con exactitud evaluando solamente una de sus características y la otra es que no puede aplicarse en niños menores de 2 años o en poblaciones con discapacidades cognitivas. Incluyen escalas de descripción verbal, numérico-verbal, analógica y mediante caras.

##### **Instrumentos multidimensionales**

Estos instrumentos aportan mayor cantidad de información sobre el dolor del paciente. No se enfocan solamente en la intensidad del síntoma, sino que busca características más complejas, como por ejemplo el inicio, el factor desencadenante, tiempo de duración, etc. Es útil en el estudio y evaluación del dolor crónico.<sup>14</sup> Los instrumentos de esta categoría más conocidos, utilizados y validados son: cuestionario breve del dolor (BPI), cuestionario del dolor de McGill (MPQ), test de dolor neuropático 4 (DN4) y el test de EUROQOL-5.

### **2.1.7. Salud mental y dinámica familiar asociadas al dolor crónico**

La percepción del dolor va a influir en las emociones, cognición y conductas. Existe una teoría llamada “La teoría sensitiva o específica” en la que se afirma que la intensidad del dolor va a ser proporcionado a la gravedad de la lesión tisular. La forma en la que se comporta también será equivalente al daño, relacionando el nivel de dolor a la sensación. Esta teoría hace hincapié en cuadros agudos del dolor; sin embargo, no resuelve la incógnita de la fisiología del dolor crónico.<sup>27</sup>

La negación y el catastrofismo son dos actitudes patológicas que se pueden desencadenar como respuesta al dolor crónico, en un nivel psicológico. La negación supone una respuesta optimista para el bienestar emocional cuando inicia el cuadro de dolor, el problema se da cuando aún a largo plazo, la persona sigue estando en negación, desencadenando conductas desfavorables para el cuidado personal. El catastrofismo se enfoca en que hay un problema y se tiende a exagerar las posibles consecuencias desencadenantes, es un problema pues fomenta la aparición de más dolor y depresión.<sup>27</sup> Ortiz y Velasco<sup>28</sup> afirman que “cuando el dolor crónico es severo e intratable, pasa a ser parte de la esencia del individuo y causa estrés y sufrimiento”. Cuando existen lesiones físicas, se producen alteraciones conductuales, generando reacciones de modificación de circuitos secundarias al procesamiento neurológico anormal.<sup>28</sup>

Estudios revelan la relación entre el padecimiento de dolor crónico con la incidencia de trastornos psicológicos como la depresión y la ansiedad. Afirman que el dolor crónico corresponde un problema que dispara la somatización, ira/hostilidad, disminución de la autoeficacia y autoestima y el funcionamiento emocional en general.<sup>27</sup>

El diagnóstico de una enfermedad crónica o terminal de un integrante de la familia provoca que otro adquiera un rol de cuidador y si esta persona no posee apoyo suficiente puede llegar a

presentar problemas a nivel psicológico y biológico. Pino et al<sup>29</sup>, mencionan que, ante los inminentes riesgos, se deben poner en práctica actividades de intervención para la familia, en los que se incluyen: apoyo formal, terapias psicoeducativas, consejería y grupos de ayuda.

La persona encargada del paciente debe reconocer el momento en que inicia a sobrecargarse de tareas, para que pueda buscar ayuda y así evitar eventos adversos que cambien la calidad de su vida. Es importante que tenga en cuenta que debe disminuir los riesgos teniendo en cuenta que la seguridad de ambos es más importante.<sup>29</sup>

Carbonell<sup>27</sup>, menciona que los síntomas de la persona enferma podrían satisfacer/solapar las necesidades emocionales de otros miembros de la familia. Está evidenciado que la forma de comportarse de algunos familiares promueve las quejas y las conductas que desencadenan el estado doloroso y que el rechazo y la falta de apoyo conlleva a que el paciente sufra de depresión y un aumento del dolor.<sup>27</sup>

#### **2.1.8. Tratamientos farmacológicos para el dolor**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) formuló una escala para la progresión de la terapia analgésica en el año 1986 para tratar el dolor de tipo crónico en usuarios que padecen cáncer. Es considerada una herramienta concreta a la hora de revertir el dolor secundario al cáncer, al tratar a los usuarios con medicación oral, aunque puede ser aplicable en todo tipo de paciente que posea dolor.<sup>14</sup>

La base está constituida por el inicio del tratamiento y en la cual se van a indicar medicamentos de bajo riesgo y de menor carácter invasivo, también conocidos como tratamientos conservadores, conforme se va subiendo en la escala se va a progresar a medicamentos de alto riesgo con un mayor carácter invasivo. En el primer escalón se encuentran tratamientos de tipo

antiinflamatorios no esteroideos, en el segundo se posicionan opioides débiles y en el último escalón se encuentran opioides más fuertes, en todos los escalones pueden utilizarse coadyudantes.<sup>14</sup>

Los tratamientos coadyuvantes son antidepresivos tricíclicos o antiepilépticos, se incluyen en todos los peldaños pues producen efectos beneficiosos en el proceso de enfermedad por el que esté pasando los pacientes. Según mencionan Urman y Vadivelu<sup>14</sup>, en un 70% de los casos en los que se aplica la escala de analgesia, los usuarios han experimentado un alivio. Es importante mencionar que no a todos los usuarios que padezcan de dolor se les puede aplicar esta escala pues retrasa el efecto deseado que es reducir o eliminar el dolor.

#### **2.1.8.1. Opioides**

Medicamentos derivados de la amapola (*papaver somniferum*), y sus componentes actúan en los receptores opioides en el cerebro, que se encuentran tanto en la médula espinal como en el encéfalo y son los encargados de la modulación del efecto analgésico.<sup>30</sup>

La analgesia es el principal uso y se utilizan para el manejo del dolor intenso y persistente. En el edema pulmonar agudo se ha evidenciado una mitigación de la disnea producida por edema pulmonar al administrar el medicamento por vía intravenosa (IV), además disminuye la ansiedad del usuario por la falta del aire y también la precarga y postcarga cardiaca. Y en aplicaciones anestésicas se administra preanestesia quirúrgica, pues funciona como sedante y ansiolítico, no solamente como analgésico e intraoperatoriamente para inducir y prolongar la analgesia postoperatoria.<sup>30</sup>

Las fórmulas de acción rápida son usadas en dolor agudo y las de acción prolongada para el tratamiento de dolor crónico, sea maligno o no maligno. Se debe tener especial cuidado con la

indicación a largo plazo de opiáceos ya que es capaz de producir hiperalgesia inducida lo que conlleva a un aumento del dolor.<sup>14</sup> Esta familia está formada por el tramadol, la morfina, la codeína y el fentanilo, que son comúnmente utilizados a nivel nacional.

### **Efectos adversos**

Los principales efectos adversos incluyen la tolerancia, la dependencia y la hiperalgesia inducida por opioides. Tolerancia se le llama a la disminución o pérdida de la efectividad provocada por el tratamiento terapéutico repetitivo de un fármaco, sea éste la morfina o alguno de sus derivados, por lo que para que el usuario vuelva a tener el efecto deseado, se requiere de un aumento de las dosis.<sup>30</sup>

Dependencia física es el conjunto de síntomas que caracterizan la abstinencia, a la hora de que se suspende un medicamento o cuando se administra un fármaco antagonista. La hiperalgesia inducida es un aumento de la sensación dolorosa, provocada por la constante indicación de opioides, esta es una de las principales razones por las que se considera que el uso de opioides en usuarios crónicos es controversial.<sup>30</sup>

Otros efectos adversos identificados en los usuarios son: depresión respiratoria, estreñimiento, náuseas y vómitos, prurito, bradicardia, constricción pupilar, euforia, sedación, cólico biliar y adicción.<sup>14</sup>

### **Antagonistas de los opioides**

La naloxona es el antagonista de los receptores opioides, está indicada en situaciones de toxicidad y depresión respiratoria provocada por la sobredosis de opioides. Su vida media es de 64 minutos por lo que es necesario el mantenimiento del tratamiento con naloxona para evitar la reaparición de los efectos tóxicos de los opioides.<sup>14</sup>

### **2.1.8.2. Benzodiazepinas**

Sedantes-hipnóticos capaces de disminuir la ansiedad, inducir somnolencia y provocar un efecto calmante. Son medicamentos que se pueden utilizar para tratar trastornos de ansiedad asociados al dolor crónico, espasmos musculares e inducción de sedación durante procedimientos intervencionistas.<sup>30</sup>

La sedación es uno de los principales usos por los cuales se indican las benzodiazepinas, ya que son capaces de producir un efecto calmante y al mismo tiempo disminuir la ansiedad con la administración de bajas dosis. Otro uso es la hipnosis, que es la capacidad de inducir el sueño en la persona, pero para que se produzca este efecto deben administrarse altas dosis y la frecuencia de éstas debe ser regular.<sup>30</sup>

El medicamento en altas dosis puede deprimir el sistema nervioso central hasta el punto del tercer nivel de anestesia, por lo que se puede utilizar como tratamiento de mantenimiento de la anestesia general y también como un relajante muscular, pues tiene la finalidad de producir espasticidad en el sistema musculoesquelético de origen central.<sup>30</sup>

Esta familia está formada por el diazepam, clonazepam y lorazepam que son comúnmente utilizados a nivel nacional.

#### **Efectos adversos**

Los efectos adversos más comunes de estos medicamentos son reacciones de hipersensibilidad, erupciones cutáneas, depresión del sistema nervioso central a nivel del sistema límbico, en la corteza y la formación reticular del tronco encefálico y produce a su vez un efecto sedativo.<sup>30</sup>

## **Antagonistas de las benzodiazepinas**

El flumazenil es un derivado sintético, con la capacidad de impedir la acción de las benzodiazepinas. Su semivida es más corta que la de los agonistas, por lo que se requieren de dosis de mantenimiento para evitar que reaparezca la sedación.<sup>30</sup>

### **2.1.8.3. AINES**

Fármacos conocidos por sus efectos antiinflamatorios, antipiréticos y analgésicos, utilizados para el alivio del dolor de leve a moderado. Se recomienda el uso de AINES con semivida corta cuando se trata pacientes con problemas hepáticos o gastrointestinales y son altamente efectivos en el tratamiento de enfermedades reumáticas debido a que disminuyen la inflamación.<sup>14</sup>

Los antiinflamatorios no esteroideos tienen tres usos específicos. Como antiinflamatorios y analgésicos se recomienda su uso en cefaleas, artralgias, mialgias y dismenorrea, además algunos AINES vienen en presentaciones en combinación con fármacos opioides y son útiles para el dolor crónico secundario al cáncer y su función antipirética permite disminuir la fiebre. Existen ciertos fármacos de esta familia que fungen como antiagregante plaquetario, como lo es el ácido acetilsalicílico.<sup>31</sup> Dentro de esta familia, se encuentra el ibuprofeno y el diclofenaco, que son comúnmente utilizados a nivel nacional.

### **Efectos adversos**

Una persona que tenga indicado AINES puede presentar cefalea, tinnitus, mareos, náuseas, vómito, dolor abdominal, dispepsia. Raramente presenta úlceras o hemorragia, meningitis aséptica, retención de líquidos, hipertensión, edema, trombocitopenia, neutropenia, anemia aplásica, asma prurito. Un consumo de altas dosis puede provocar toxicidad renal,

gastrointestinal y hematológica significativa, proteinuria e hipercalcemia, así como el empeoramiento de los cuadros renales ya existentes.<sup>14</sup>

#### **2.1.8.4. Analgésicos no opioides**

El paracetamol impide la síntesis de prostaglandinas a nivel del sistema nervioso central y no directamente sobre las Cox-1 y Cox-2, por eso no es considerado un AINE; sin embargo, es un medicamento analgésico y antipirético altamente efectivo para tratar el dolor leve y moderado. A diferencia de los AINES, el paracetamol se caracteriza por presentar la menor cantidad de efectos secundarios. Y en caso de intoxicación con paracetamol el antagonista por excelencia es la N-acetilcisteína.<sup>31</sup>

#### **2.1.8.5. Antidepresivos tricíclicos**

Este grupo de medicamentos son las primeras formulas creadas para combatir la depresión y otros trastornos del ánimo. Entre sus funciones están el mejoramiento del estado de ánimo y la alerta mental. Al suspender estos medicamentos se prefiere que se haga de forma paulatina pues esto disminuye la posibilidad de aparición del síndrome de discontinuación, así como de los efectos colinérgicos de rebote.<sup>31</sup>

Los antidepresivos tricíclicos (TCA) se usan para tratar la depresión, trastornos de ansiedad y del dolor. En los trastornos de ansiedad se utilizan más como tratamiento a largo plazo para disminuir la aparición de la ansiedad, en un caso agudo se recomienda más el uso de benzodiazepinas. También son recomendados en trastornos del dolor porque se ha evidenciado que poseen un efecto analgésico, principalmente en dolor neuropático. Este efecto es

conveniente pues los trastornos dolorosos por lo general se ven asociados a episodios de depresión mayor y un TCA es capaz de aliviar ambas afecciones.<sup>30</sup>

Los TCA son medicamentos que, en caso de sobredosis, no poseen un antagonista específico, por lo que es importante valorar la indicación que se le brinda al usuario.<sup>30</sup> El medicamento que pertenece a esta familia y se usa comúnmente en Costa Rica es la amitriptilina.

### **Efectos adversos**

Los pacientes pueden experimentar visión borrosa, xerostomía, retención urinaria, taquicardia sinusal, estreñimiento, agravamiento del glaucoma y mareos.<sup>26</sup> También se evidencia confusión, hipotensión ortostática, aumento de peso, hipertensión arterial, insomnio, ansiedad y agitación.<sup>30</sup>

## **2.1.9. Terapias complementarias para el manejo del dolor**

### **2.1.9.1. Definición**

Las terapias complementarias (CAM por sus siglas en inglés) son definidas como “un grupo formado por distintos sistemas médicos y de atención de la salud, prácticas y productos que no se consideran en la actualidad como parte de la medicina convencional”.<sup>15</sup>

El Centro Nacional para la Salud Complementaria e Integral (NCCIH por sus siglas en inglés)<sup>32</sup> propone estas definiciones: la terapia complementaria es una práctica no convencional que se maneja en conjunto con la medicina convencional, la salud integral es la atención sanitaria que utiliza prácticas convencionales y no convencionales de forma coordinada.

La mayoría de las terapias tienen origen en la medicina tradicional China y la medicina india ayurvédica, aunque también existe influencia de culturas como la Samoa, somalí y la medicina

nativa estadounidense.<sup>15</sup> Cabe recalcar que cada país posee sus propias terapias las cuales se ven influenciadas por su cultura.

### **2.1.9.2. Uso de las terapias**

Snyder y Lindquist<sup>15</sup> mencionan que la mayoría de los usuarios acuden a los terapeutas o profesionales en CAM para tratar síntomas asociados a enfermedades específicas, tales como la obesidad, esclerosis múltiple, cáncer, accidentes cerebrovasculares, artritis, entre otras.

El dolor crónico es una de las patologías por las cuales las personas utilizan las terapias complementarias, debido a que el uso constante de los tratamientos tradicionales está asociado a un alto porcentaje de padecer de efectos secundarios. Rathwell y Fields<sup>25</sup> mencionan que los profesionales están empezando a reconocer los beneficios del tratamiento farmacológico y de las terapias en conjunto.

Ciertas CAM prometen mejorar la calidad de vida de los seres humanos que padecen de dolor, a pesar de que la evidencia científica es poca. Entre ellas se mencionan la acupuntura, Tai Chi, técnicas de relajación, masaje, yoga y manipulación espinal. Una práctica que se usa, no solo para el alivio del dolor, sino también para regular la parte emocional y la atención es la meditación.<sup>25</sup>

### **2.1.9.3. Riesgos de las terapias**

Todo riesgo implicado va a depender de la terapia que se esté utilizando, características propias del usuario y la educación, intervenciones y experiencia del terapeuta; sin embargo es posible decir a nivel general que entre los peligros que se puedan presentar están: empleo de productos de baja calidad, que estén adulterados o que sean falsos, que la persona que vaya a brindar la

terapia no esté calificada, que exista un diagnóstico errado o tardío y la exposición a información no fiable, aparición de efectos adversos, o interacciones terapéuticas no deseadas.<sup>32</sup>

#### **2.1.9.4. Clasificación de las terapias**

##### **Terapias mente-cuerpo-espíritu**

Terapias promotoras de la capacidad mental las cuales desarrollan un impacto en el funcionamiento del organismo. El espíritu se trabaja en esta categoría, pues es capaz también de afectar el cuerpo; sin embargo, lo que suceda en el organismo puede desencadenar problemas en la mente y el espíritu.<sup>15</sup>

Este tipo de terapias rechazan el ideal de Descartes que propone que el cuerpo y la mente están separados y no se perturban el uno al otro, se establecen como holísticas pues ven las tres dimensiones como un conjunto que se interrelacionan e interactúan entre sí.<sup>15</sup> Este grupo está conformado por: yoga, musicoterapia, meditación y la terapia asistida por animales.

##### **Terapias energéticas y del biocampo**

Este grupo trabaja con la energía que emana del cuerpo o que está próxima a él o derivada de fuentes distintas. La energía es representada por diferentes palabras según la cultura en la que se enfoque el tratamiento, el qi proviene de China, ki de la cultura japonesa, prana es como se le llama en la India y waken es originario de los indios lakota.<sup>15</sup>

Su aplicación conlleva un reto para los terapeutas, debido a que es el tipo de terapias que recibe la mayor cantidad de escepticismo entre profesionales y consumidores, esto porque no es fácil comprobar la medida de la energía de una persona; sin embargo, la aplicación de investigaciones supondría una ayuda para disminuir este problema.<sup>15</sup> Entre las terapias más comunes que forman

parte de esta clasificación son: terapia magnética, tacto curativo, Reiki, acupuntura y reflexología.

### **Terapias por manipulación y con base en el cuerpo**

Las estructuras corporales son manipuladas y movilizadas en este tipo de terapias y se pueden dividir en tres grandes grupos que son la quiropraxia, la osteopatía y el masaje. El ejercicio siendo una terapia corporal sustancial, se considera un elemento necesario en la promoción de la salud. El masaje es una habilidad básica de enfermería que se dejó de lado durante mucho tiempo, pero ha vuelto a tomar importancia en la actualidad.<sup>15</sup>

La aplicación de calor y frío facilitan la evaluación del paciente que permite establecer las terapias que pueden brindársele y no solamente esta terapia existe para promover la relajación del mismo. Cada una de ellas puede ser enseñada al usuario y familiar o persona a cargo para que las pueda poner en práctica, sin requerir de la supervisión del profesional.<sup>15</sup> Entre las terapias más comunes que forman parte de esta clasificación son: masaje terapéutico o fisioterapia, Tai Chi, terapias de relajación y el ejercicio físico.

### **Terapias con base biológica**

Los usuarios recurren a los nutraceuticos que son productos como aditivos, complejos vitamínicos, dietas especiales, hierbas medicinales, entre otras, son el tipo de clasificación más utilizada. Poseen un alto porcentaje de representación en los medios de comunicación y en artículos científicos. Alemania es el país que ha realizado mayor cantidad de investigaciones al respecto, y son importantes pues evidencian la existencia de interacciones entre fármacos y hierbas, por lo que se recomienda que sea un profesional el tratamiento que mejor se adecue al usuario.<sup>15</sup>

Aunque se han realizado investigaciones para valorar la funcionalidad de las preparaciones herbolarias, es muy difícil tener un conocimiento ampliado sobre las mismas, porque cada cultura utiliza diferentes tipos de hierbas y en distintas concentraciones según sea la necesidad del paciente; sin embargo se han evidenciado los beneficios y riesgos de cada producto más aun cuando su presentación es en aceites esenciales.<sup>15</sup> Entre las terapias más comunes que forman parte de esta clasificación son: aromaterapia, medicina herbolaria y alimentos específicos para el tipo de enfermedad.

#### **2.1.9.5. Aplicación de las terapias**

El procedimiento para iniciar las distintas terapias debe tomar en cuenta, la disposición de la persona a tratar. Snyder y Lindquist<sup>15</sup> proponen 5 evaluaciones importantes: percepción de la situación mente-cuerpo, problemas fisiopatológicos con posibilidades de requerir referencia, antecedentes de trastornos psicológicos, creencias culturales con respecto al contacto físico y la experiencia previa con terapias corporales.

El profesional o terapeuta debe realizar una historia clínica, brindado una explicación detallada de la intervención y asegurarse de tener la autorización del usuario para iniciar con el tratamiento luego de cumplir con las evaluaciones que se mencionan en el párrafo anterior.<sup>15</sup>

El lugar en el que se vaya a realizar la terapia debe poseer un ambiente cálido, con privacidad, con aroma y música que promuevan la relajación. Esto facilita que el usuario se sienta cómodo con la experiencia. Es necesario asegurarse que la persona se mantenga relajada y evite tener pensamientos agobiantes, esto con el motivo que la terapia surta el efecto deseado. Y, por último, pero no menos importante, es necesario evaluar si la persona se desenvuelve mejor en una sesión grupal o en una individual para facilitar el cumplimiento del objetivo.<sup>15</sup>

## **2.2. MODELOS Y TEORÍAS**

### **2.2.1. Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender**

Nola J. Pender nace un 16 de agosto de 1941, en la ciudad de Lansing, Michigan. A los 7 años visitó a una tía que estaba hospitalizada y es aquí donde se dio cuenta que quiere convertirse en una enfermera. Junto con el apoyo de su familia, Pender asiste a la escuela de enfermería del West Suburban Hospital en Oak Park, Illinois y obtiene su diploma en 1962. Se desarrolla como enfermera en unidades médico-quirúrgicas y pediátricas, posee también un doctorado en psicología y educación y ya en el año 1982 realiza un estudio que la llevó a plantear y corroborar el Modelo de Promoción de la salud, el cual publica en su libro “Promoción de la salud en la práctica de la enfermería”.<sup>16</sup>

Nola Pender se basó en la “Teoría del aprendizaje social” creada por Bandura para formular este modelo, la cual dicta que los procesos cognitivos poseen injerencia en la conducta, produciendo cambios en la misma, además le da relevancia a tres auto creencias del ser humano, las cuales son: autoatribución, autoevaluación y autoeficacia, siendo ésta última de gran importancia dentro del modelo de Pender. También se basa en el “Modelo de valoración de expectativas de la motivación humana” expuesto por Feather, el cual declara que la conducta es racional y económica, y se convierte en parte importante para el desarrollo del MPS.<sup>16</sup>

La construcción del MPS es similar al “Modelo de creencias de salud” dado por Becker y Maiman, pero éstas trabajan distintas áreas. El MPS abarca las conductas que fomentan la salud, cada una de estas se basa en la motivación para mejorar o generar un beneficio en el estado de salud de la persona. Si una de ellas se desarrollara con base en el miedo o en una posible amenaza, se consideraría prevención de la enfermedad, que es el enfoque del modelo de Becker y Maiman.<sup>16</sup>

El desarrollo del MPS en una persona inicia con las características y experiencias individuales que, según Pender, se clasifican en conducta previa relacionada y factores personales. Se asocian al medio cognitivo y afectivo específicos, por lo que se desencadenan: beneficios, barreras y autoeficacia percibidas, el afecto relacionado con la actividad y se pueden ver influenciados de forma interpersonal y/o situacional. Esto genera demandas y preferencias contrapuestas, que definen el nivel de compromiso con un plan de acción, ante una conducta promotora de la salud.<sup>16</sup>

Las conductas promotoras de la salud buscan la obtención de resultados positivos, como lo es el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva. Cada conducta sea previa, heredada o adquirida influye en aspectos del afecto, creencias y en la adquisición de otras conductas. El compromiso que se tenga para realizarla puede ser anticipado al valorar los beneficios y las barreras percibidas, así como el nivel de autoeficacia y el afecto positivo hacia la conducta promotora de la salud.<sup>16</sup>

Nola afirma que una persona se compromete con mayor facilidad, cuando individuos importantes para sí, brindan apoyo y ayuda para poder realizar una conducta. Estos individuos se consideran influencias interpersonales y pueden ser familia, amigos y profesionales de la salud. También existen influencias situacionales que son aquellas que aumentan la motivación cuando el entorno, la economía, la demanda, etcétera son favorables o positivas.<sup>16</sup>

La disciplina o la práctica de una conducta por un tiempo prolongado, promueve el mantenimiento del compromiso de acción ante la misma. Se puede ver afectado tanto por las demandas contrapuestas que son consideradas como aquello de lo que no se tiene control, por ejemplo, la lejanía del centro o la incapacidad para pagar un servicio; así como por las

preferencias contrapuestas, apreciadas como aquello de lo que sí se tiene control, siendo la elección de una fritura ante una manzana como bocadillo un ejemplo de éstas.<sup>16</sup>

El modelo hace hincapié en que una persona puede transformar el conocimiento, el afecto y las influencias, para fomentar la motivación e incentivar la práctica continua de una conducta que traiga beneficios para la salud.<sup>16</sup>

Pender establece tres supuestos o metaparadigmas en el MPS, los cuales son persona, entorno y salud. La persona es quien desea aumentar su potencial humano, valorar sus competencias y el crecimiento positivo entre el cambio y la estabilidad para regular su propia conducta. El entorno es donde va a interactuar la persona teniendo en cuenta su complejidad biopsicosocial y que va a influir positiva o negativamente la adquisición o mantenimiento de una conducta. Y salud son todas aquellas conductas que aumentan el estado de bienestar de la persona.<sup>16</sup>

Nola menciona la labor del profesional de enfermería al aplicar el modelo; sin embargo, no lo menciona dentro de los supuestos. Ella explica que el enfermero se convierte en la persona que ejerce influencia positiva en el paciente, además de brindar motivación y educación en pro de una conducta promotora de salud.<sup>16</sup>

La relación entre el modelo de Pender con el tema de investigación actual, considera que la búsqueda de un profesional en alguna de las terapias complementarias, o el simple hecho de poner en práctica una de las mismas, es una conducta promotora de la salud. Como son tratamientos que no poseen conexión alguna con la medicina tradicional occidental, pocos son los usuarios que las utilizan para obtener un beneficio, esto por falta de conocimiento o por una influencia social al considerarlas temas tabúes; sin embargo, diversos autores mencionan el aumento del interés en ellas en los últimos años.

La evidencia del uso de terapias complementarias para el tratamiento del dolor crónico dicta que estas traen beneficios enormes para la salud de las personas que padecen de enfermedades crónicas, y debido al bajo nivel de riesgos y efectos secundarios, muchos pacientes han buscado información y asesoría profesional para implementarlas dentro de su estilo de vida diario.

La elección de una terapia específica considera lo que antes se explicaba como características y experiencias individuales de una persona: el tipo de dolor que tenga, su patología, la capacidad cognitiva, el nivel económico, entre otros. También es un factor importante la influencia interpersonal, pues una persona que ya ha recibido tratamiento con una de estas terapias y el resultado ha sido positivo, tiende a recomendar el uso de las mismas, así como los conocimientos que brinda el personal de salud, indicando cual sería la mejor opción según su condición de salud.

La cantidad de beneficios y de barreras sean imaginarias o reales, así también como el afecto y la autoeficacia percibida antes, durante y después de la práctica de una terapia complementaria, son componentes que ingieren directamente en el compromiso de seguir con esa conducta promotora de la salud, por lo que es importante que los profesionales brinden una guía, educación y recomendación adecuada a la situación física, social y mental que esté presentando el usuario o la persona interesada.

El enfermero o terapeuta debe hacer consciencia que en un inicio puede que no se lleguen a presentar resultados inmediatos, por lo que es necesario el seguir con la terapia durante un periodo determinado de tiempo para que estos sean notorios y así evitar la pérdida de la motivación que posea esta persona. De igual forma, el profesional debe valorar el afecto y la eficacia de la terapia durante las sesiones, así podrá darse cuenta si la misma está surgiendo el

efecto deseado, que en este caso es el alivio del dolor y la disminución de los efectos adversos de los tratamientos farmacológicos, o si llegase a ser necesario, el probar una nueva terapia.

El enfermero debe ser capaz de tener un conocimiento ampliado sobre el tema, ya que es importante que sepa identificar según las características de la persona, cuáles serían los riesgos, los beneficios y si la terapia está surtiendo efecto. Se requiere también incluir a la familia durante las sesiones, pues es necesario que sepan realizar la terapia con el paciente, en casos en los que no se encuentre el enfermero presente. Esto es importante porque son la principal fuente de apoyo del usuario, generando repercusiones no solamente en la parte física y mental del mismo, sino también a nivel del vínculo familiar.

## **CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO**

### **3.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN**

El enfoque se basa en un método mixto, el cual es definido por Hernández et al<sup>33</sup> como un grupo de “procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación” que permiten reunir y estudiar datos cuantitativos y cualitativos. Este es seleccionado pues se busca encontrar una perspectiva mucho más amplia y a la vez profunda de los fenómenos relevantes en la investigación como lo es el dolor, las terapias complementarias, la salud mental y dinámica familiar del usuario.

### **3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

El tipo de investigación es descriptiva, según mencionan Hernández et al<sup>33</sup>, este estudio “busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice”. Se realiza este pues se estudian y se describen los hechos que se relacionan con el dolor, el conocimiento y la práctica de terapias complementarias, así como la percepción de la salud mental y la dinámica familiar de la muestra.

### **3.3. UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO**

Costarricense de 18 a 65 años, que viva en el sector del valle central y que posea un diagnóstico de enfermedad crónico-degenerativa que produzca dolor crónico y secundario a esto que reciba tratamiento farmacológico y practique una o varias terapias complementarias.

#### **3.3.1. Población**

La Caja Costarricense del Seguro Social reporta en el 2017 la cantidad de costarricenses que consultan por medicina del dolor son 20710, además se indica también que 21450 personas asistieron al Centro Nacional del Control de Dolor y Cuidados Paliativos (CNCDCP) por citas con especialistas o a nivel de medicina general.<sup>34</sup>

### 3.3.2. Muestra

La muestra está constituida por 30 personas seleccionadas al azar que cumplen con todos los criterios de inclusión propuestos por la investigadora.

### 3.3.3. Criterios de inclusión y exclusión

**Tabla No. 1 Criterios de inclusión y exclusión**

<b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b>	<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>
Personas con diagnóstico de enfermedad crónico-degenerativa. Personas entre los 18 y 65 años. Personas que sufran de dolor crónico y reciban tratamiento farmacológico y no farmacológico.	Personas con diagnóstico de enfermedad crónico-degenerativa de diabetes mellitus, hipertensión arterial u obesidad. Personas con diagnóstico de enfermedad psiquiátrica como psicosis, demencia, esquizofrenia.

**Fuente: Elaboración propia, 2020**

## **3.4. INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

La encuesta es el método de elección para la recolección de los datos. Dicha encuesta es aplicada a personas con un padecimiento crónico-degenerativo que les produzca dolor crónico. El procedimiento se hace por medios virtuales como método preventivo debido a la situación mundial actual (pandemia por SARS-CoV-2).

### **3.4.1. Valides del cuestionario**

La encuesta posee un único fin, el cual es adquirir información brindada por los participantes previamente mencionados, para medir el nivel de conocimiento y prácticas de las terapias complementarias para el manejo del dolor crónico y su relación con la salud mental y la dinámica familiar. Este instrumento es validado por medio de su aplicación en el plan piloto.

### **3.4.2. Confiabilidad del cuestionario**

La consistencia interna del instrumento es de un 0.6047 en la escala Alpha de Cronbach calculada por el profesor Roger Bonilla, estadista de la Universidad Hispanoamericana. Además, es enviada a dos profesionales de enfermería con una especialidad en salud mental para que evalúen la calidad de las preguntas cualitativas y los resultados son positivos, determinando que el instrumento cumple con las cualidades idóneas para obtener los resultados de las experiencias subjetivas que compartan los entrevistados.

## **3.5. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

El diseño es no experimental y de tipo transversal, el cual Hernández et al<sup>33</sup> lo explica como las investigaciones que no manipulan a las variables de estudio, solamente se dedican a observar los fenómenos en su naturaleza durante un espacio de tiempo determinado para luego analizar la información y obtener una conclusión.

### 3.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

**Cuadro No. 1 Operacionalización de variables cuantitativas**

<b>Objetivo específico</b>	<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Instrumento</b>
<p>Especificar los aspectos sociodemográficos y patológicos de los usuarios con enfermedades crónico-degenerativas.</p>	<p>Aspectos sociodemográficos y patológicos.</p>	<p>Características sociales que describen a las poblaciones humanas y sus variantes.</p>	<p>Características que identifican a una población determinada, las cuales se pueden agrupar y medir estadísticamente.</p>	<p>Demografía Social Patológica</p>	<p>Edad Sexo Lugar de residencia Grado académico Ocupación Ingreso mensual Enfermedad</p>	<p>Pregunta 1. Pregunta 2. Pregunta 3. Pregunta 4. Pregunta 5. Pregunta 6. Pregunta 7 y 8.</p>

**Fuente: Elaboración propia, 2020**

**Cuadro No. 2 Operacionalización de variables cuantitativas**

<b>Objetivo específico</b>	<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Instrumento</b>
Identificar los aspectos determinantes del dolor en los usuarios con enfermedades crónico-degenerativas.	Aspectos determinantes del dolor.	Son las características definitorias del dolor en una persona.	Rasgos que identifican las personas que poseen una sensación dolorosa.	Farmacoterapia Actividad Dolor Salud Familia Aspectos de vida	Analgésicos Movimiento y posición Diario de dolor Consulta profesional Apoyo familiar Aspectos Básicos Vida Diaria	Pregunta 9 y 10. Pregunta 11. Pregunta 12. Pregunta 13. Pregunta 15. Pregunta 17.

Fuente: Elaboración propia, 2020

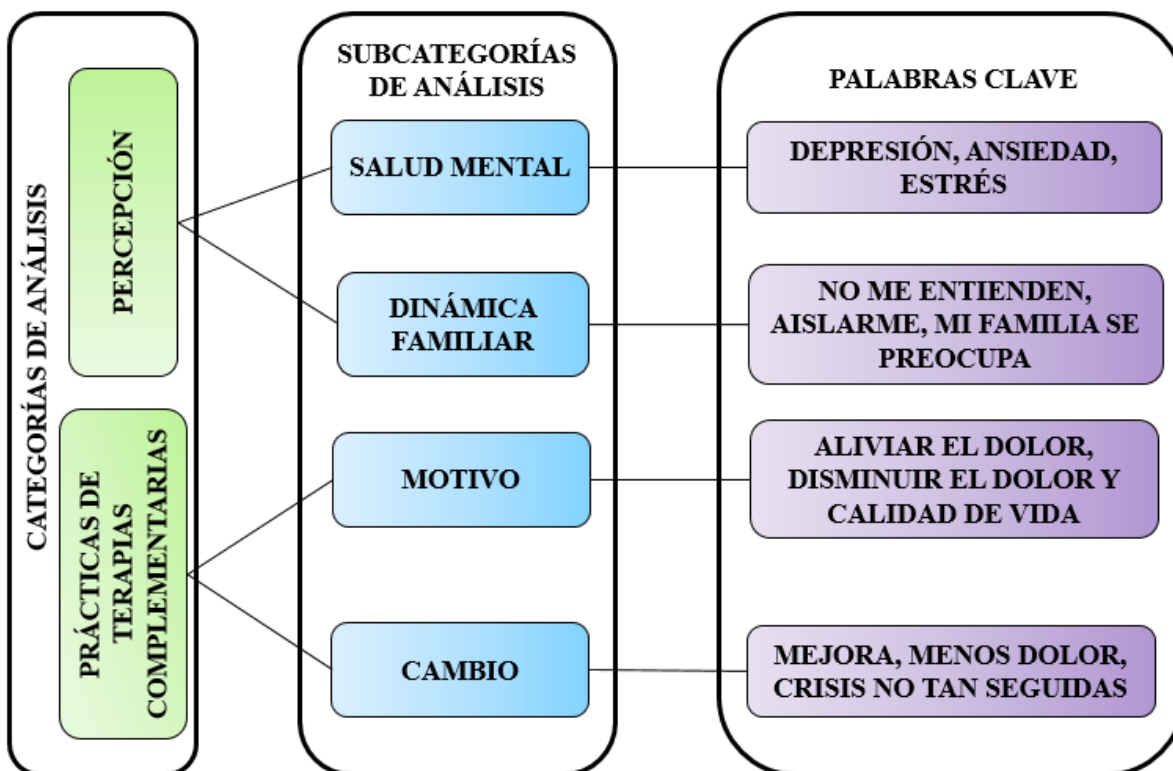
**Cuadro No. 3 Operacionalización de variables cuantitativas**

<b>Objetivo específico</b>	<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Instrumento</b>
Identificar el conocimiento sobre terapias complementarias para el manejo del dolor de los usuarios.	Terapias complementarias para el manejo del dolor.	Grupo formado por distintos sistemas médicos y de atención de la salud, prácticas y productos que no se consideran en la actualidad como parte de la medicina convencional.	Conjunto de tratamientos no convencionales que se utilizan en el manejo del dolor.	Terapias mente-cuerpo y espíritu, energéticas y del biocampo, por manipulación y con base en el cuerpo, con base biológica.	Yoga Musicoterapia Acupuntura Reflexología Tai Chi Ejercicio Físico Aromaterapia Medicina Herbolaria	Pregunta 18. Pregunta 19. Pregunta 20. Pregunta 21. Pregunta 22. Pregunta 23. Pregunta 26. Pregunta 27. Pregunta 28.

**Fuente: Elaboración propia, 2020**

### 3.7 PRE-CATEGORIZACIÓN DE ANÁLISIS DE DATOS

Figura N°1. Precategorización de análisis de datos cualitativos



Fuente: elaboración propia, 2020.

#### 3.7.1. Descripción de las unidades de análisis.

El diagrama de la figura N°1 simplifica la categorización de las variables de estudio, que permiten valorar la percepción de la salud mental y de la dinámica familiar, así como el motivo de las prácticas de las terapias complementarias de los encuestados.

Percepción: según la Real Academia Española, se define como una sensación interior que se produce secundaria a una impresión material dada por los sentidos de la persona.<sup>35</sup>

Salud mental: bienestar emocional y psicológico mediante el potencial para valerse de las habilidades emocionales y cognitivas, dentro de las funciones sociales, así como la capacidad de respuesta ante las demandas ordinarias de la vida cotidiana.<sup>23</sup>

Dinámica familiar: escenarios de naturaleza psicológica, biológica y social que se conciben dentro de las interacciones entre los miembros de una familia, los cuales propician la cotidianidad por medio de la comunicación, afectividad, autoridad y crianza de los miembros y subsistemas de la familia.<sup>24</sup>

Es importante conocer de qué forma perciben los participantes su salud mental y como esta se ve afectada por el dolor crónico, además como esta enfermedad crónica/degenerativa influencia la dinámica familiar de cada uno de los participantes.

Practicar: es una forma de ejecutar, hacer o llevar a cabo una acción determinada.<sup>36</sup>

Motivar: según lo define la RAE, es una forma de influir sobre una persona para que ella proceda de cierta forma.<sup>37</sup>

Cambiar: se define como la modificación de la apariencia, condición o comportamiento de una persona.<sup>38</sup>

Como parte de la investigación se requiere saber por qué los participantes recurren a la práctica de una terapia complementaria, si lo hacen por los motivos idóneos o si esta surte el efecto deseado, ya que esto afecta el apego a la terapia y si se produce o no el efecto deseado.

### **3.8. PLAN PILOTO**

El plan piloto está conformado por diez personas que cumplen con los criterios de inclusión del estudio implementados por la investigadora. Durante la aplicación del plan piloto se evidencian

dos problemáticas, la primera hace referencia a la formulación de las respuestas de la pregunta número 5, la cual se cambia de abierta a cerrada, para mayor comodidad a la hora de la presentación de los resultados.

Las profesionales de salud mental recomiendan el uso de palabras sencillas y oraciones fáciles de comprender esto tomando en cuenta el grado de escolaridad de los usuarios, así como el nivel cognitivo a la hora de la formulación de las preguntas, por lo que modifican las instrucciones de las distintas secciones para que queden más claras y comprensibles.

### **3.9. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

. La encuesta realizada se da por un medio digital conocido como Google Forms. El sitio genera un enlace, el cual es compartido en las redes sociales por la entrevistadora. Se aplica el modo "Bola de nieve" a la hora de compartir el enlace de la encuesta, donde varios participantes envían la información a otros para que estos también puedan ser partícipes del estudio. Una vez que se presione o se haga clic sobre el enlace, este direccionará al participante a una página web en donde encontrará la encuesta para poder rellenarla. Es un método fácil, que no conlleva mucho tiempo para su realización y cumple con el objetivo del distanciamiento social recomendado por el Ministerio de Salud de Costa Rica.

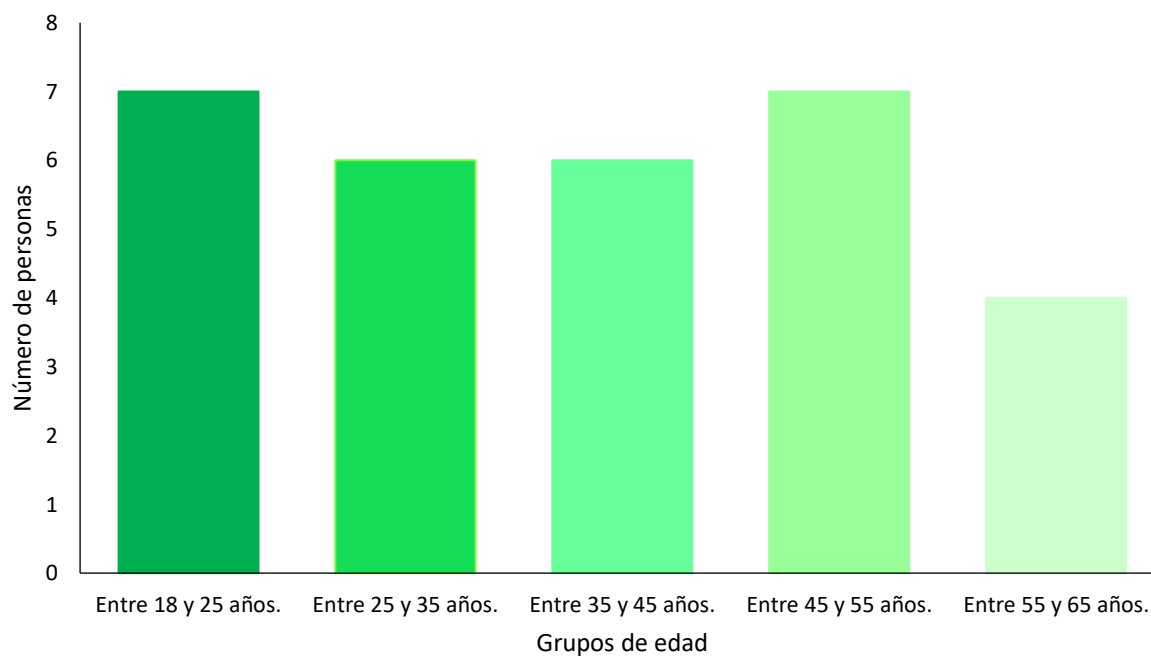
### **3.9. ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS**

La organización de los datos toma en cuenta dos métodos, esto por ser una investigación de tipo mixta. A nivel cuantitativo se utiliza el programa Microsoft Excel y para el nivel cualitativo se hará una recopilación de los datos en transcripciones dadas por Google Forms.

## **CAPÍTULO IV. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS**

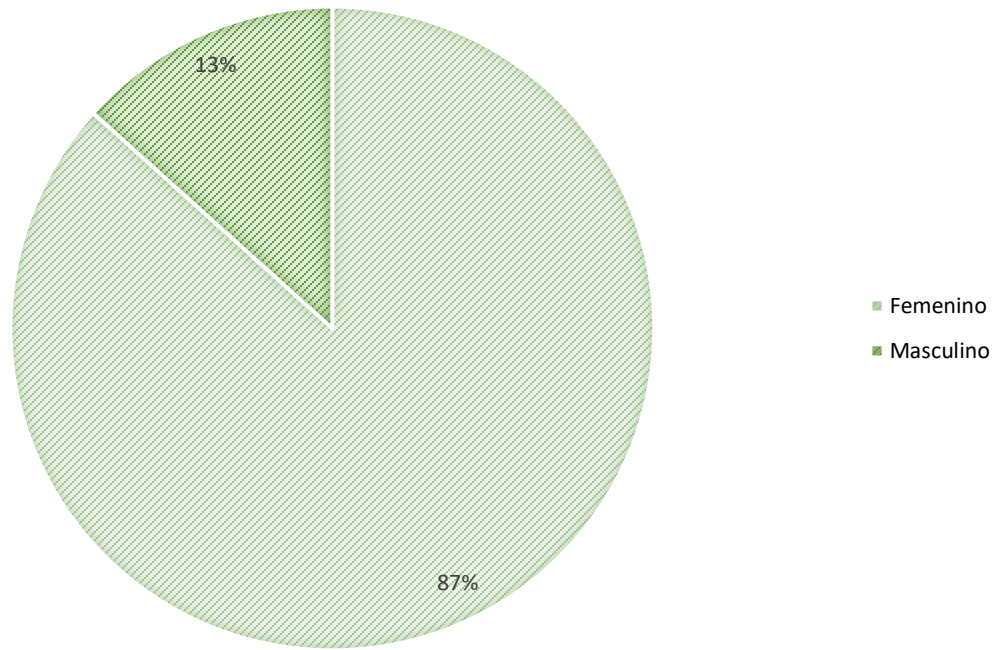
## 4.1. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS CUANTITATIVOS

Este apartado hace referencia a los resultados cuantitativos obtenidos durante la aplicación de la encuesta a los participantes del estudio.



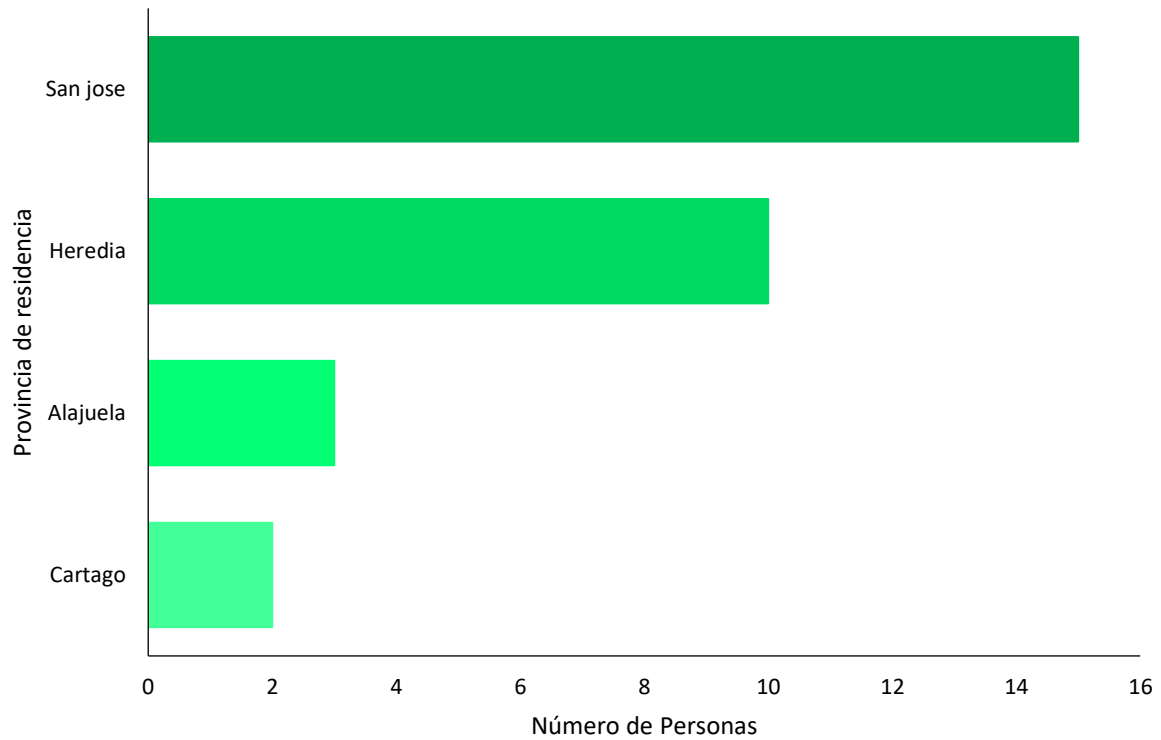
*Figura N°2. Distribución de la población por grupos de edad, valle central, 2020. Fuente: elaboración propia, 2020.*

El 23,33% (n=7) de personas entre las edades de 18- 25 años y 45-55 años, así como un 20,00% (n=6) de personas entre las edades de 25 -35 años y 35- 45 años.



*Figura N°3. Distribución de la población por sexo, valle central, 2020. Fuente: elaboración propia, 2020.*

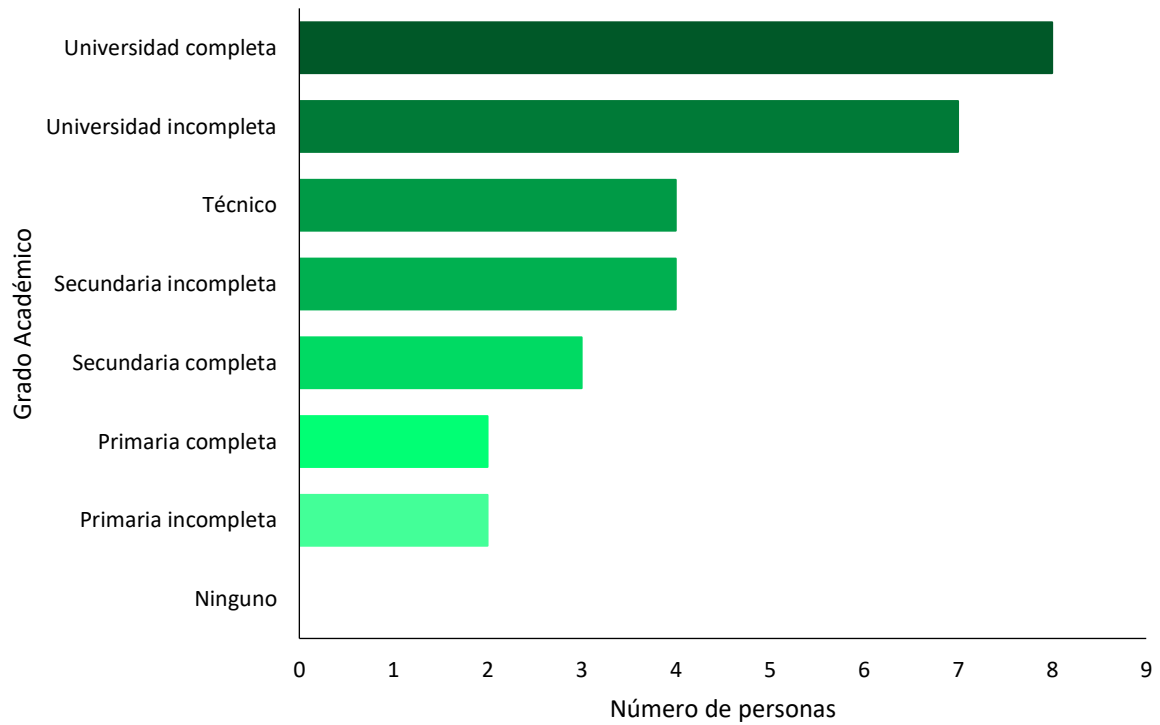
El 86.66% (n=24) de la población corresponde al sexo femenino y un 13.33 (n=4) corresponden al sexo masculino.



*Figura N°4. Distribución de la población por provincia de residencia, valle central, 2020.*

*Fuente: elaboración propia, 2020.*

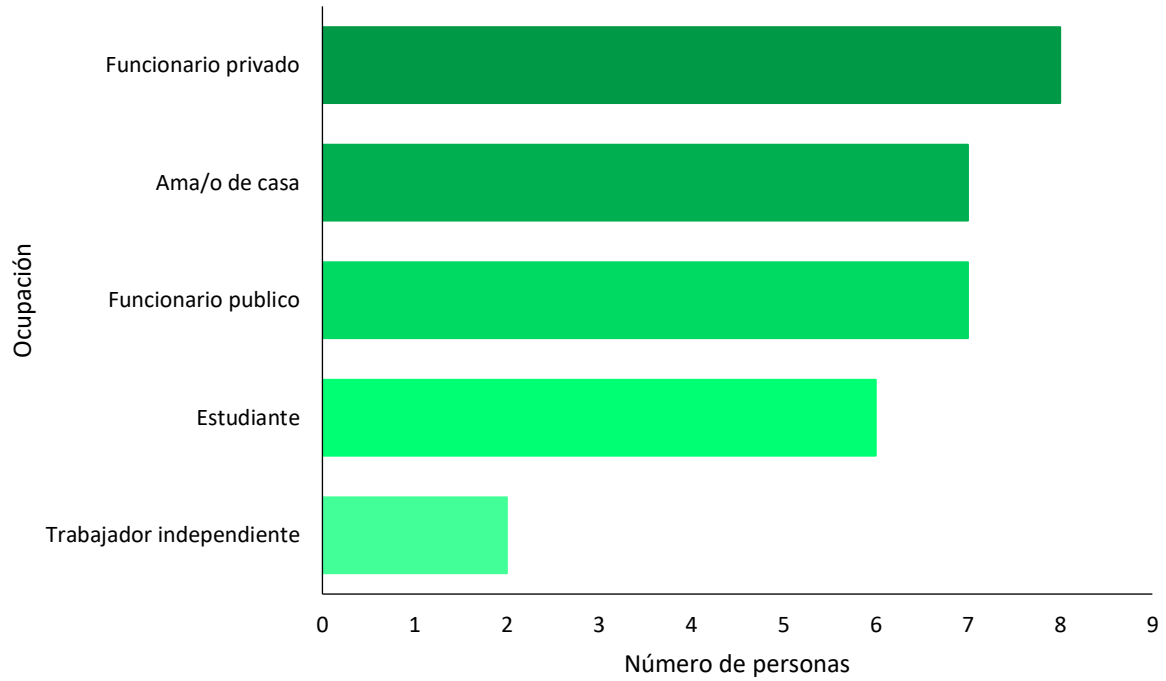
El 50.00% (n=15) refleja a la población que reside en la provincia de San José y un 33.33% (n=10) de la población residen en la provincia de Heredia.



*Figura N°5. Distribución de la población según el grado académico, valle central, 2020.*

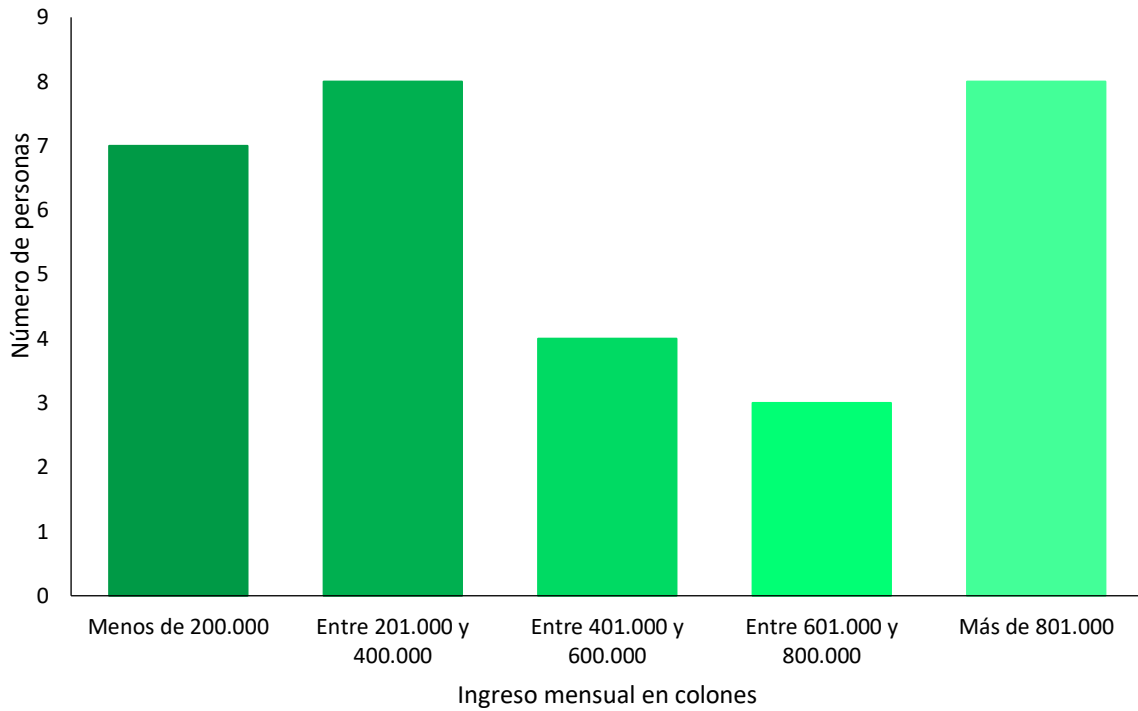
*Fuente: elaboración propia, 2020.*

El 26.66% (n=8) de la población completó los estudios universitarios, un 23.33% (n=7) aun no acaba sus estudios universitarios y un 13.33% (n=4) de la población corresponden a personas con un grado técnico y secundaria incompleta.



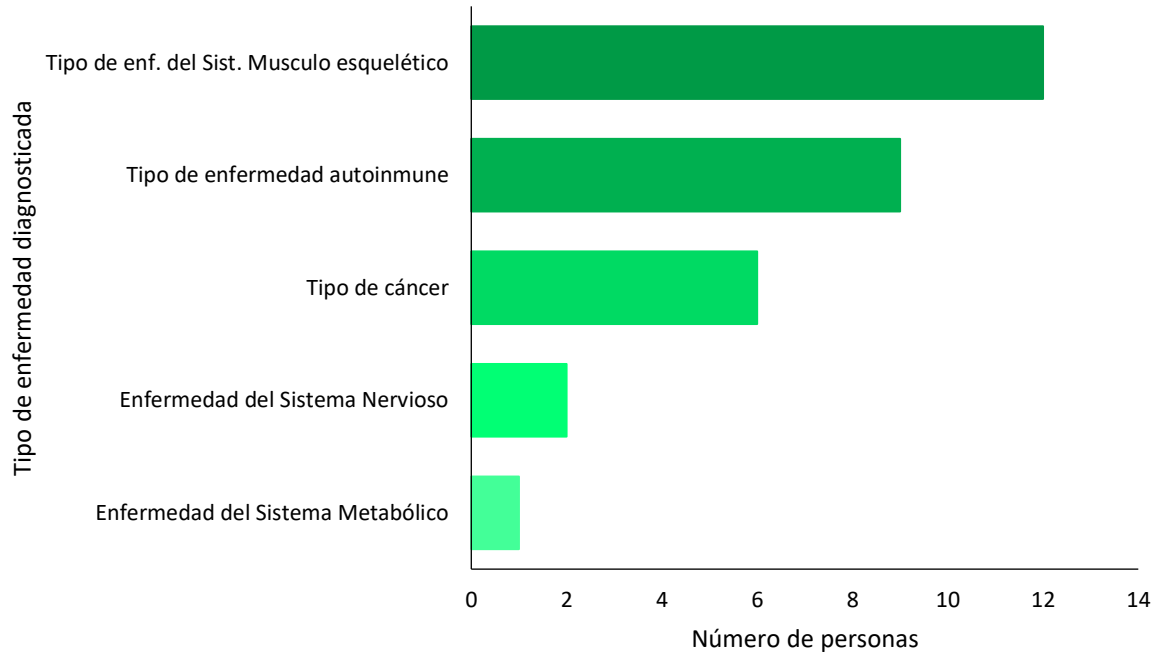
*Figura N°6. Distribución de la población según la ocupación, valle central, 2020. Fuente: elaboración propia.*

El 26.66% (n=8) corresponde a personas de la población que trabaja en el sector privado y un 23.33% (n=7) pertenecen a personas que laboran en el sector público o son ama/o de casa.



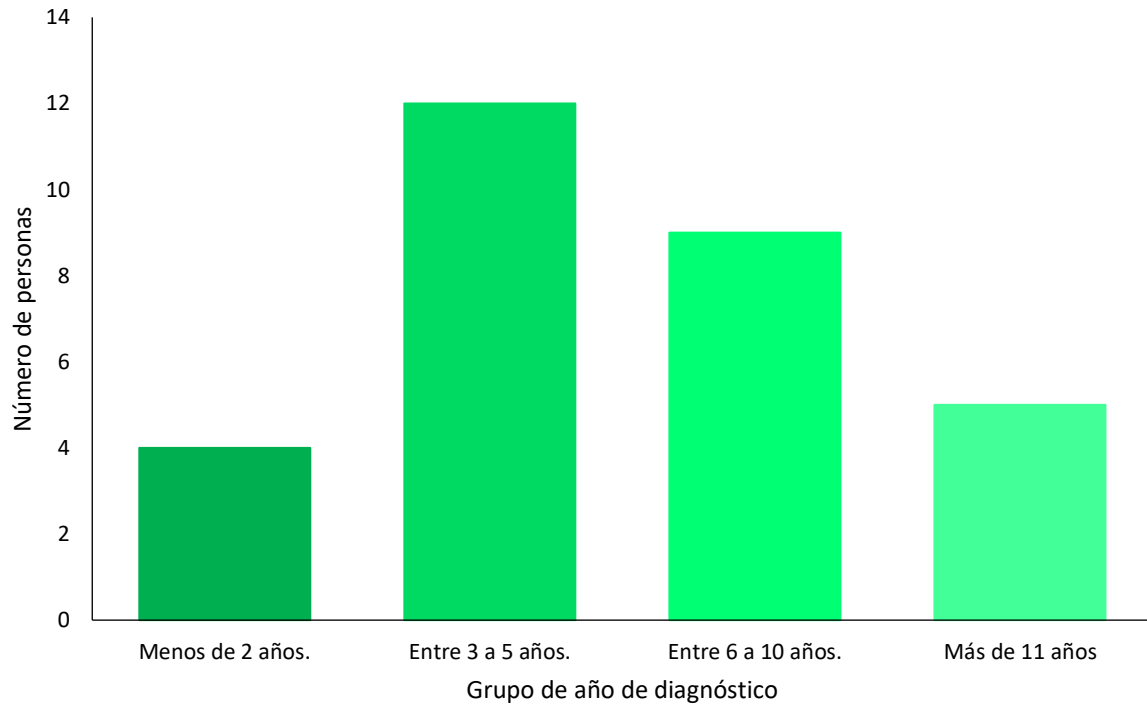
*Figura N°7. Distribución de la población según ingreso mensual en colones, valle central, 2020. Fuente: elaboración propia.*

El 26.66% (n=8) del total representa a dos grupos, las personas que poseen un ingreso mensual entre 201.000 y 400.000 colones y los que su ingreso mensual es más de 801.000 colones. Mientras que un 10.00% (n=3) de la población posee un ingreso mensual en colones de entre 601.000 y 800.000.



*Figura N°8. Distribución de la población según grupo de enfermedad diagnosticada, valle central, 2020. Fuente: elaboración propia, 2020.*

El 40.00% (n=12) de la población padece una enfermedad que afecta al Sistema Musculo esquelético y solo un 3.33% (n=1) padece una enfermedad que afecta al Sistema Metabólico.



*Figura N°9. Distribución de la población según el grupo de año en que fue diagnosticado, valle central, 2020. Fuente: elaboración propia, 2020.*

El 40.00% (n=12), representa a personas que fueron diagnosticadas entre 3 a 5 años atrás y solo un 13.33% (n=4) fueron diagnosticados hace menos de 2 años.

Tabla N°2

*Medicamentos analgésicos recetados por el especialista para tratar el dolor en la población, valle central, 2020.*

<b>Medicamento</b>	<b>Valor absoluto</b>	<b>Valor relativo</b>	<b>%</b>
<b>Ibuprofeno.</b>	24	0,80	80%
<b>Diclofenaco (Voltaren).</b>	17	0,57	57%
<b>Paracetamol (Acetaminofén).</b>	21	0,70	70%
<b>Paracetamol con codeína.</b>	12	0,40	40%
<b>Tramadol (Tramal).</b>	18	0,60	60%
<b>Codeína.</b>	4	0,13	13%
<b>Morfina.</b>	7	0,23	23%
<b>Fentanilo.</b>	0	0.00	0%
<b>Diazepam.</b>	2	0,07	7%
<b>Clonazepam.</b>	4	0,13	13%
<b>Lorazepam.</b>	3	0,10	10%
<b>Amitriptilina.</b>	9	0,30	30%
<b>Otro</b>	11	0,37	37%

*Fuente: elaboración propia, 2020.*

El medicamento recetado en mayor medida por los especialistas y/o utilizado por la población es el ibuprofeno ya que un 80.00% de la misma lo consume, en segundo lugar, se encuentra el acetaminofén con un 70.00% de representación de consumo. Además, un 37.00% de la población indicó que los especialistas recetaron otros medicamentos no mencionados en la lista de opciones para manejar el dolor.

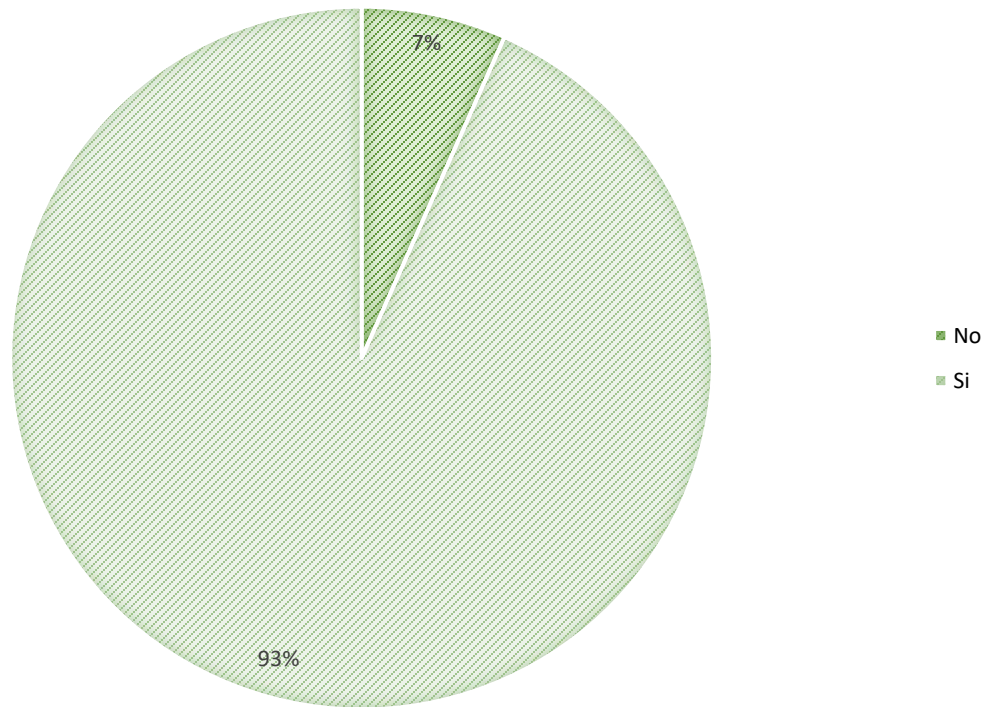
Tabla N° 3

*Incidencia de efectos adversos relacionados al consumo de los medicamentos analgésicos recetados por el especialista en la población, valle central, 2020.*

<b>Efectos adversos</b>	<b>Valor absoluto</b>	<b>Valor relativo</b>	<b>%</b>
<b>Pérdida de la efectividad del tratamiento.</b>	13	0,43	43%
<b>Dependencia al tratamiento.</b>	8	0,27	27%
<b>Aumento de la sensación dolorosa.</b>	5	0,17	17%
<b>Depresión.</b>	8	0,27	27%
<b>Estreñimiento.</b>	11	0,37	37%
<b>Nauseas.</b>	14	0,47	47%
<b>Vómitos.</b>	5	0,17	17%
<b>Mareos.</b>	16	0,53	53%
<b>Prurito (Picazón).</b>	3	0,10	10%
<b>Erupciones cutáneas (Ronchas, Rash, enrojecimiento de la piel, etc.)</b>	6	0,20	20%
<b>Cefalea (Dolor de cabeza)</b>	13	0,43	43%
<b>Dolor abdominal.</b>	6	0,20	20%
<b>Visión borrosa.</b>	10	0,33	33%
<b>Xerostomía (Resequedad en la boca).</b>	7	0,23	23%
<b>Confusión.</b>	4	0,13	13%
<b>Insomnio.</b>	10	0,33	33%
<b>Ansiedad.</b>	14	0,47	47%
<b>Agitación.</b>	7	0,23	23%

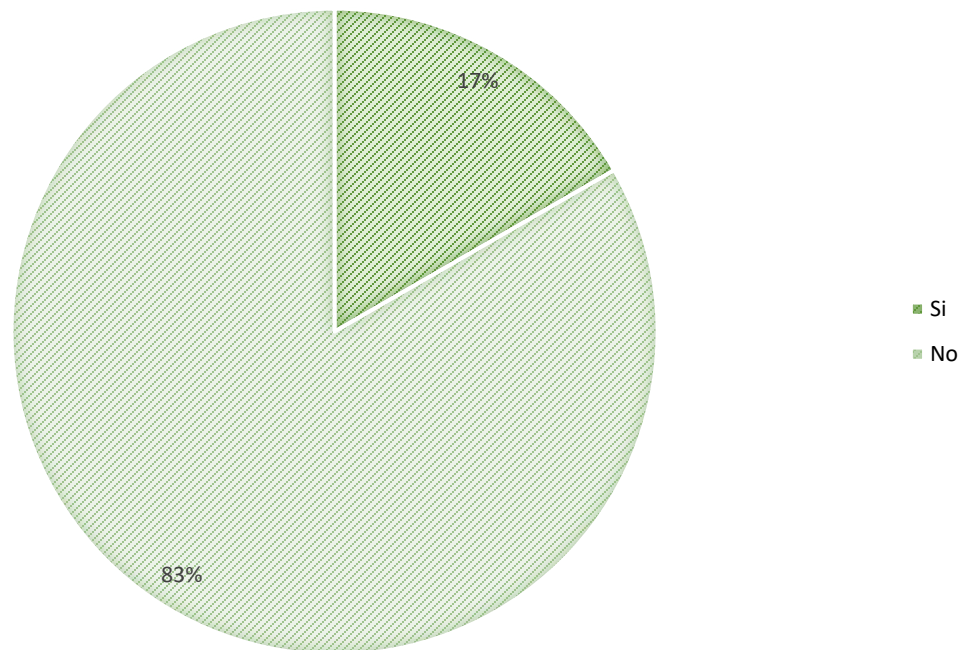
*Fuente: elaboración propia, 2020.*

El 53.00% de la población padece de mareos y solo un 10.00% de la población sufre de prurito como efectos adversos cuando consumieron alguno de los medicamentos mencionados en la tabla anterior.



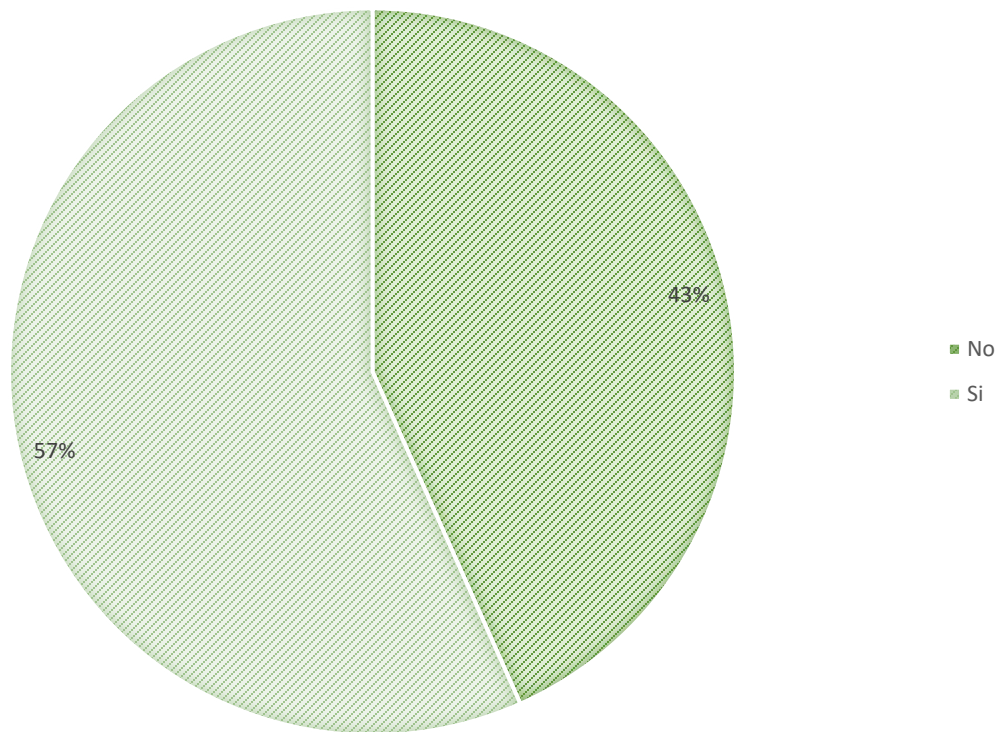
*Figura N°10. Relación entre el aumento del dolor con la realización de movimientos mecánicos osteomusculares en la población, valle central, 2020. Fuente: elaboración propia, 2020.*

El 93.33% (n=28) de los encuestados admite sentir un aumento de su sensación dolorosa al realizar ciertos movimientos como caminar, sentarse o el mantenerse de pie.



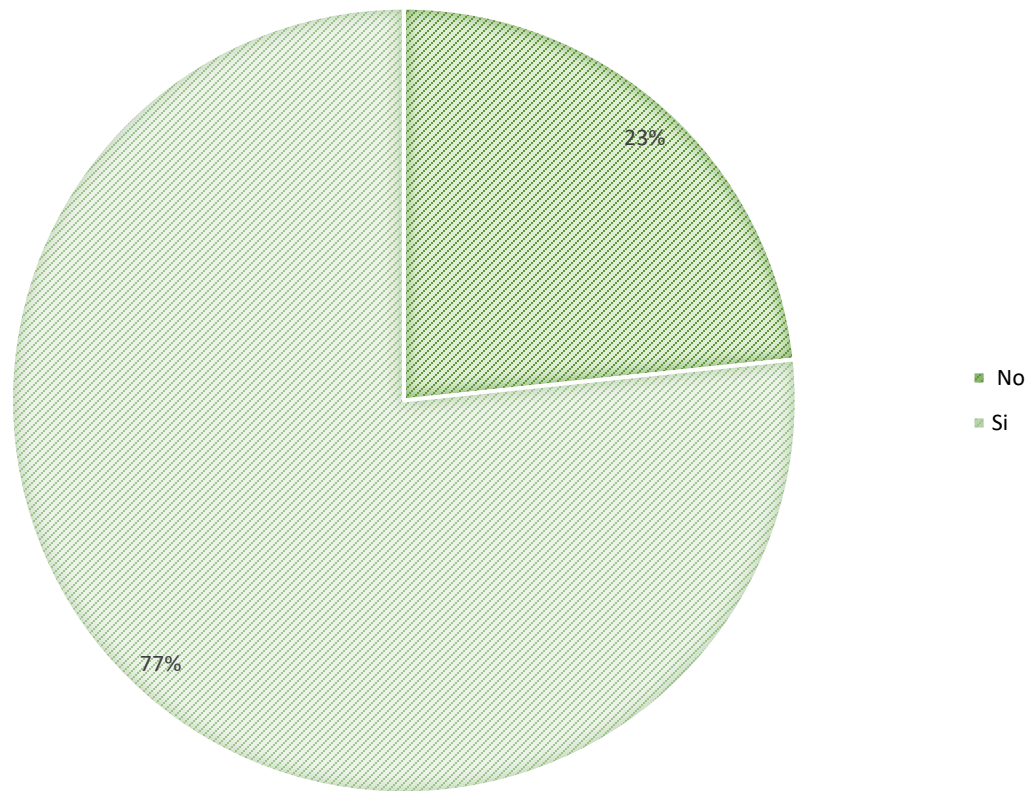
*Figura N°11. Realización de un diario de dolor en la población, valle central, 2020. Fuente: elaboración propia, 2020.*

El 83.33% (n=25) de la población admite no llevar un diario de su sensación dolorosa solamente un 16.66% (n=5) sí lo realizaba.



*Figura N°12. Consulta a un especialista en salud mental (enfermero, psicólogo o psiquiatra) desde el momento del diagnóstico de la población, valle central, 2020. Fuente: elaboración propia, 2020.*

El 56.66% (n=17) de la población encuestada ha recibido consulta de un profesional en salud mental desde el momento de su diagnóstico.



*Figura N°13. Nivel de apoyo familiar ante la sensación dolorosa en la población, valle central, 2020. Fuente: elaboración propia, 2020.*

El 76.66% (n=23) de las personas posee apoyo familiar ante las crisis de dolor, a diferencia del otro 23.33% (n=7) que no recibe el apoyo de sus familiares.

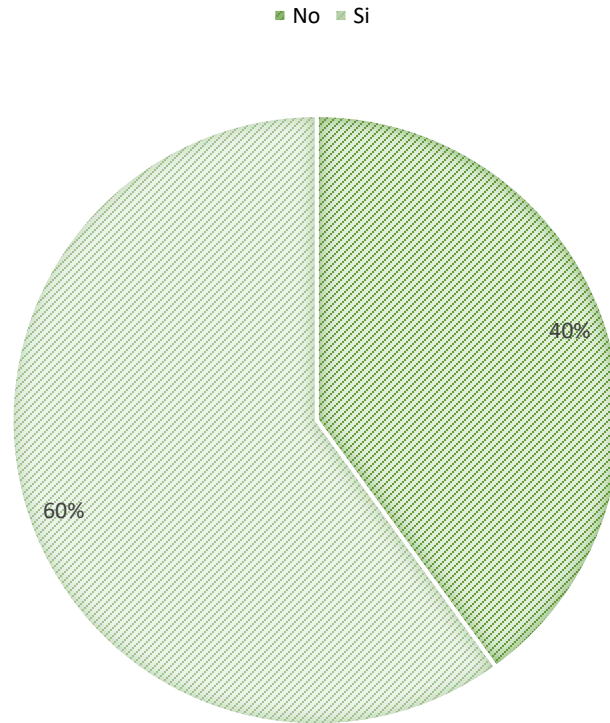
Tabla N°4

*Afectación de los aspectos básicos de la vida diaria por la sensación dolorosa en la población, valle central, 2020.*

<b>Aspectos básicos de la vida diaria</b>	<b>Valor absoluto</b>	<b>Valor relativo</b>	<b>%</b>
<b>Humor.</b>	28	0,93	93%
<b>Patrón de sueño.</b>	27	0,90	90%
<b>Capacidad de movimiento en general.</b>	25	0,83	83%
<b>Funcionabilidad laboral.</b>	19	0,63	63%
<b>Relación con otros. (Sea de forma romántica, amistosa, laboral, familiar, etc.)</b>	21	0,70	70%
<b>Actividades de la vida diaria.</b>	27	0,90	90%
<b>Disfrutar de la vida.</b>	17	0,57	57%

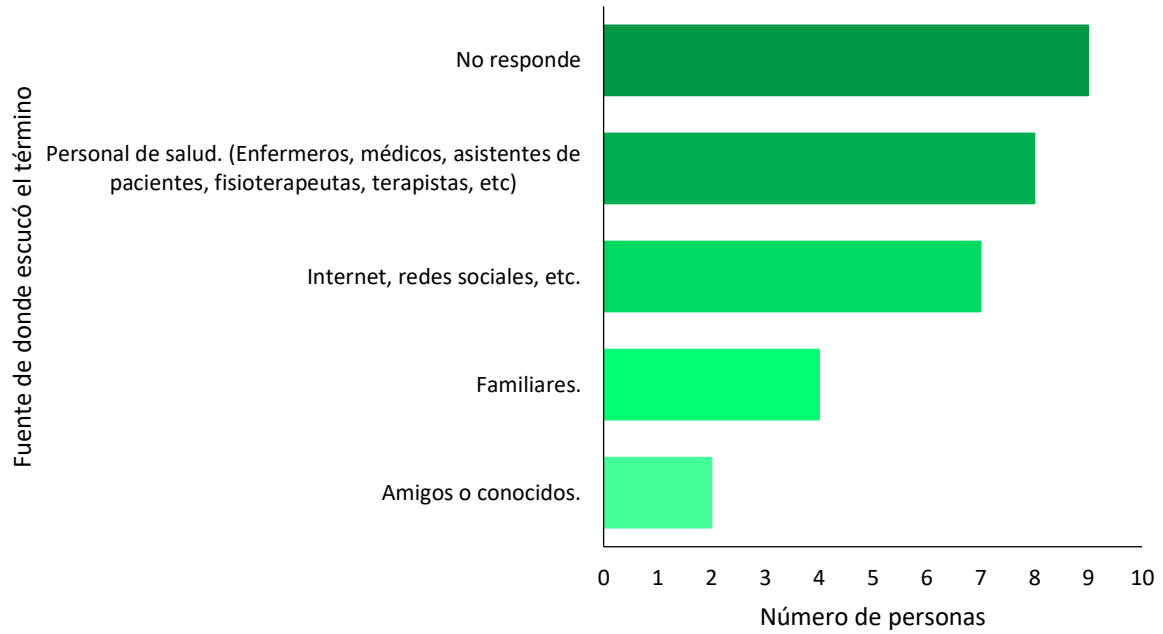
*Fuente: elaboración propia, 2020.*

Los encuestados admiten en un 93% que el dolor afecta su humor y solamente un 57% de la población dijo que el dolor afectaba disfrutar de la vida.



*Figura N°14. Conocimiento del término "Terapias complementarias" en la población, valle central, 2020. Fuente: elaboración propia*

El 60% (n=18) de la población conoce la definición de Terapias complementarias, a diferencia del otro 40% (n=12) que no sabía o no había escuchado el término "Terapias complementarias".



*Figura N°15. Fuente de conocimiento del término "Terapias complementarias" de la población, valle central, 2020. Fuente: elaboración propia.*

Un 26.66% (n=8) de los encuestados refieren que escuchan o aprenden el término del personal de salud y solo un 6.66% (n=2) dicen que lo han escuchado de amistades o personas conocidas.

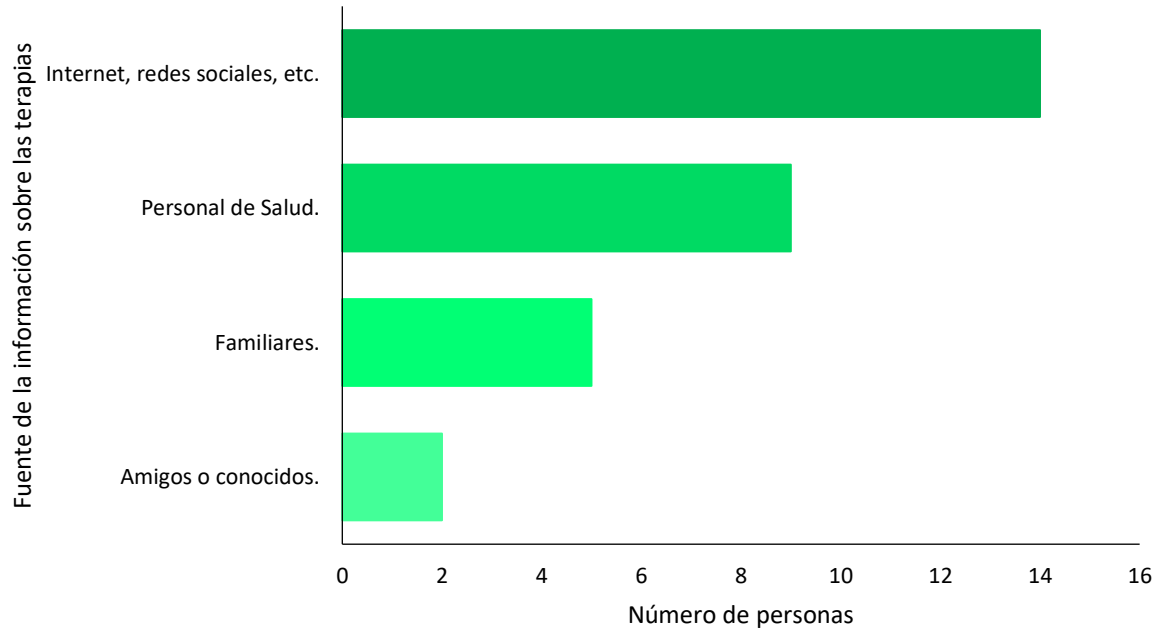
Tabla N°5

Conocimiento de las terapias complementarias de la población, valle central, 2020.

Nombre de la terapia complementaria	Valor absoluto	Valor relativo	%
<b>Aromaterapia</b>	23	0,77	77%
<b>Musicoterapia</b>	15	0,50	50%
<b>Risoterapia</b>	8	0,27	27%
<b>Hidroterapia (Utiliza el agua)</b>	12	0,40	40%
<b>Psicoterapia.</b>	16	0,53	53%
<b>Balneoterapia. (Utiliza aguas termales o derivados volcánicos)</b>	5	0,17	17%
<b>Crioterapia. (Utiliza el frío)</b>	7	0,23	23%
<b>Terapia asistida con animales.</b>	7	0,23	23%
<b>Terapia con luz.</b>	1	0,03	3%
<b>Terapia magnética.</b>	9	0,30	30%
<b>Hipnosis.</b>	8	0,27	27%
<b>Yoga.</b>	20	0,67	67%
<b>Meditación.</b>	17	0,57	57%
<b>Tacto curativo.</b>	4	0,13	13%
<b>Reiki. (Trata la energía)</b>	6	0,20	20%
<b>Acupuntura.</b>	17	0,57	57%
<b>Reflexología (Presión en puntos estratégicos de los pies o manos)</b>	13	0,43	43%
<b>Masaje terapéutico/Fisioterapia.</b>	22	0,73	73%
<b>Ejercicio físico.</b>	18	0,60	60%
<b>Tai Chi. (Arte marcial de lentos movimientos)</b>	9	0,30	30%
<b>Medicina Herbolaria (Uso de plantas medicinales)</b>	13	0,43	43%
<b>Alimentación específica para el tipo de enfermedad.</b>	14	0,47	47%
<b>Otra.</b>	2	0,07	7%
<b>No conoce ninguna terapia.</b>	1	0,03	3%

Fuente: elaboración propia, 2020.

La terapia conocida mayormente por los encuestados es la Aromaterapia con un 77%, la menos conocida es la Terapia con luz 3% y solo el 3% de la población mencionó no conocer ninguna terapia.



*Figura N°16. Fuente del conocimiento de las terapias complementarias de la población, valle central, 2020. Fuente: elaboración propia, 2020.*

El 46.66% (n=14) de la población indica que la fuente de donde obtienen la información sobre las terapias complementarias que conocen es Internet, redes sociales, etc., a diferencia del 6.66% (n=2) admiten que la información la consiguen por medio de amigos o conocidos.

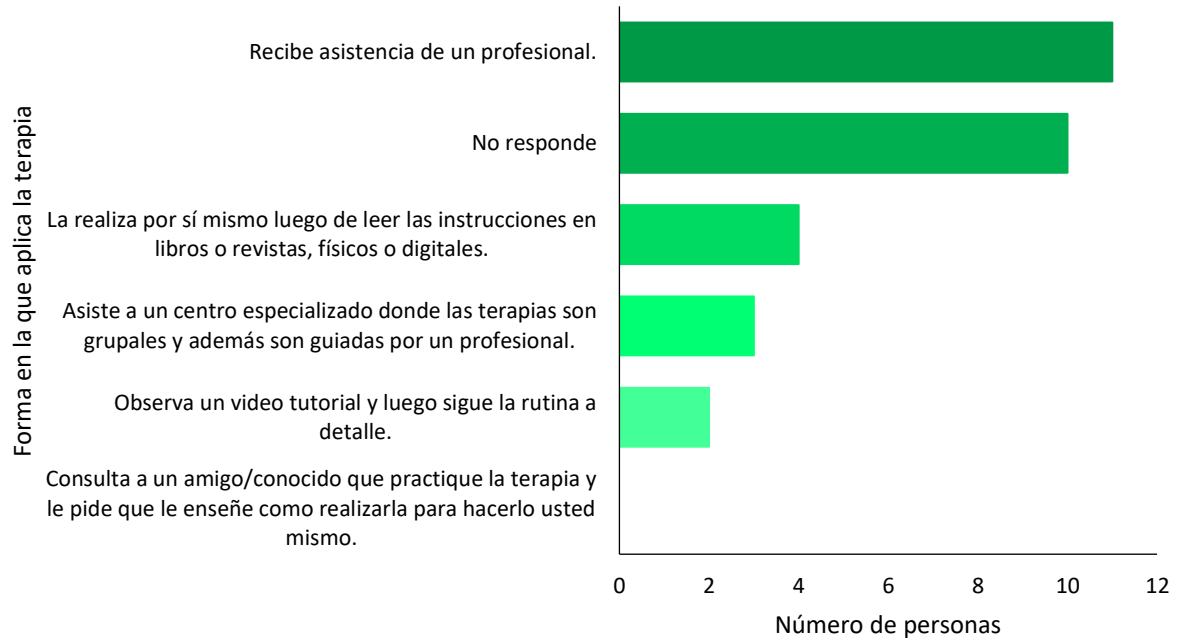
Tabla N°6

*Prácticas de las terapias complementarias de la población, valle central, 2020.*

<b>Nombre de la terapia complementaria</b>	<b>Valor absoluto</b>	<b>Valor relativo</b>	<b>%</b>
<b>Aromaterapia</b>	6	0,20	20%
<b>Musicoterapia</b>	6	0,20	20%
<b>Risoterapia</b>	2	0,07	7%
<b>Hidroterapia (Utiliza el agua)</b>	1	0,03	3%
<b>Psicoterapia.</b>	5	0,17	17%
<b>Balneoterapia. (Utiliza aguas termales o derivados volcánicos)</b>	0	0,00	0%
<b>Crioterapia. (Utiliza el frío)</b>	0	0,00	0%
<b>Terapia asistida con animales.</b>	1	0,03	3%
<b>Terapia con luz.</b>	0	0,00	0%
<b>Terapia magnética.</b>	2	0,07	7%
<b>Hipnosis.</b>	1	0,03	3%
<b>Yoga.</b>	1	0,03	3%
<b>Meditación.</b>	6	0,20	20%
<b>Tacto curativo.</b>	1	0,03	3%
<b>Reiki. (Trata la energía)</b>	1	0,03	3%
<b>Acupuntura.</b>	2	0,07	7%
<b>Reflexología (Presión en puntos estratégicos de los pies o manos)</b>	1	0,03	3%
<b>Masaje terapéutico/Fisioterapia.</b>	11	0,37	37%
<b>Ejercicio físico.</b>	7	0,23	23%
<b>Tai Chi. (Arte marcial de lentos movimientos)</b>	0	0,00	0%
<b>Medicina Herbolaria (Uso de plantas medicinales)</b>	5	0,17	17%
<b>Alimentación específica para el tipo de enfermedad.</b>	4	0,13	13%
<b>Otra.</b>	3	0,10	10%
<b>No practica ninguna terapia.</b>	9	0,30	30%

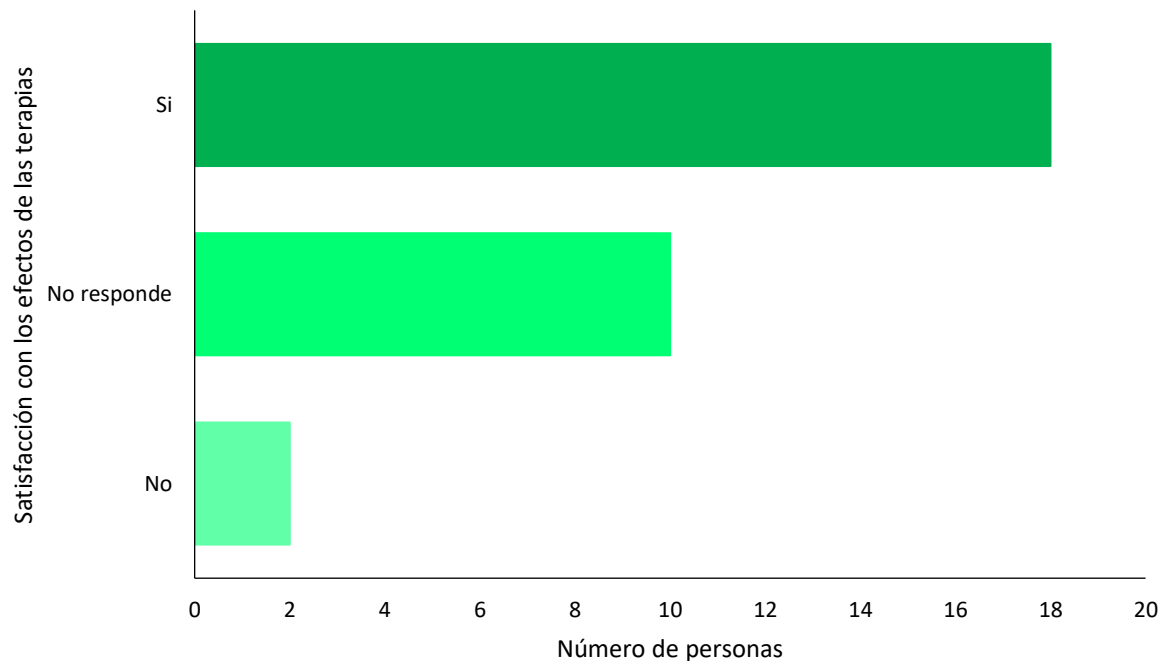
*Fuente: elaboración propia, 2020.*

El tratamiento recurrente según las respuestas de los encuestados es el Masaje terapéutico o Fisioterapia representado por un 37% y del total de la población un 30% no practica ninguna terapia.



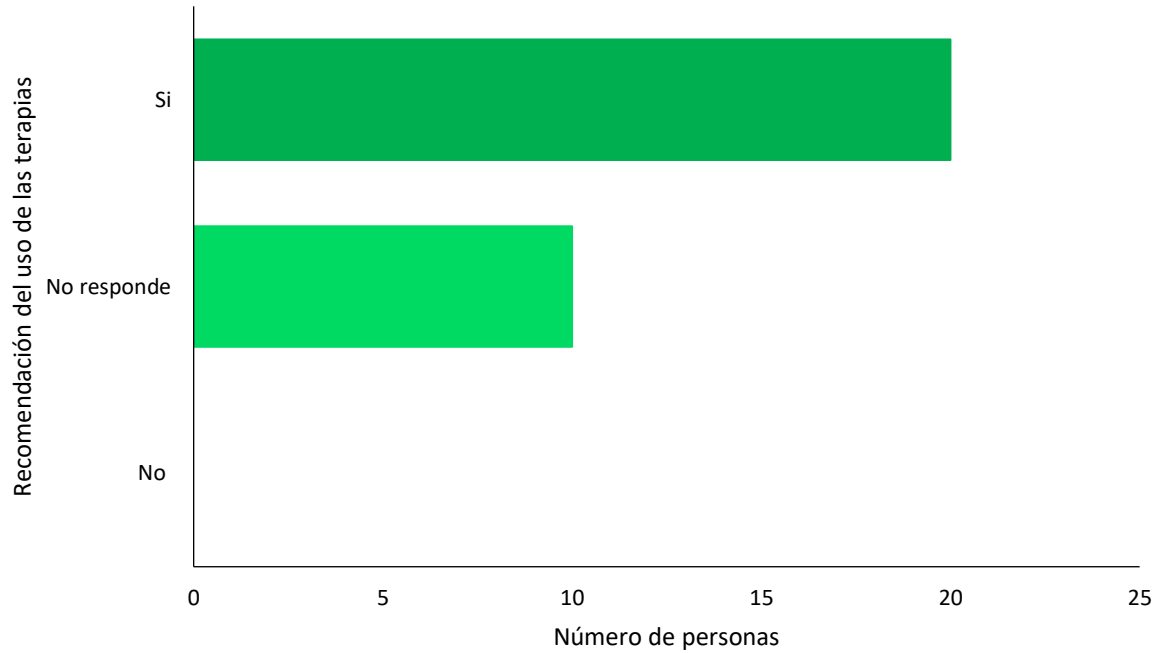
*Figura N°17. Forma en la que se practica la terapia complementaria por la población, valle central, 2020. Fuente: elaboración propia, 2020.*

El 36.66% (n=11) de los participantes realizan las terapias con la asistencia de un profesional y solo un 6.66% (n=2) pone en práctica la terapia luego de observar un video tutorial siguiendo la rutina a detalle.



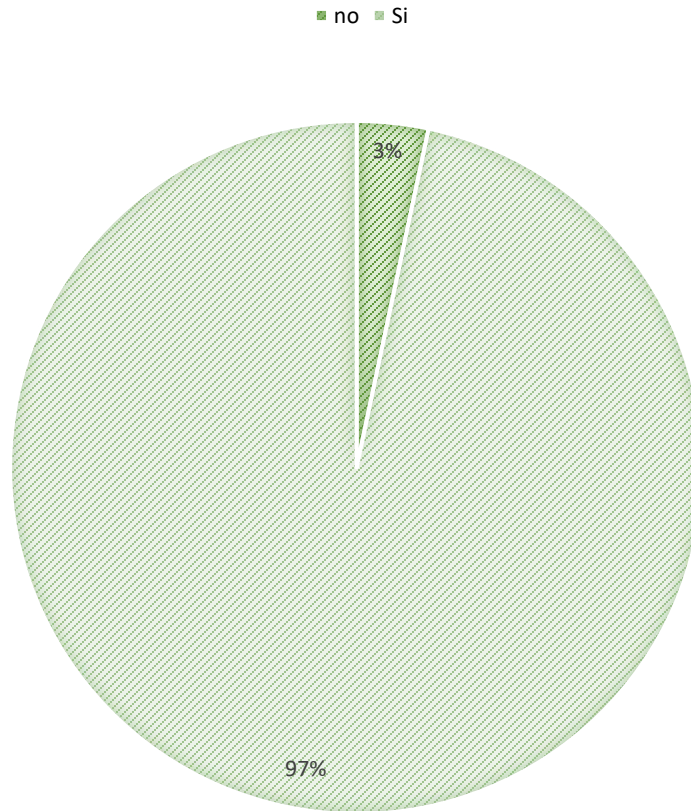
*Figura N°18. Satisfacción por los efectos de la terapia complementaria en la población, valle central, 2020. Fuente: elaboración propia, 2020.*

El 60.00% (n=18) de la población admite sentirse satisfecho con los efectos de las terapias complementarias y solo el 6.66% (n=2) no está a gusto con los mismos.



*Figura N°19. Recomendación del uso de las terapias complementarias de la población a otras personas con dolor crónico, valle central, 2020. Fuente: elaboración propia.*

El 100% de los encuestados que indican practicar una terapia complementaria, recomiendan el uso a otras personas que padecen de dolor crónico como método complementario al tratamiento farmacológico.



*Figura N°20. Opinión de la población sobre si es relevante que la CCSS implemente las terapias complementarias para el manejo de dolor en la población usuaria de sus servicios, valle central, 2020. Fuente: elaboración propia, 2020.*

El 96.66% de la población encuestada cree que es necesario que la Caja Costarricense del Seguro Social implemente la utilización de las terapias complementarias dentro de sus servicios.

## 4.2. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS CUALITATIVOS

Este apartado hace referencia a los resultados cualitativos obtenidos durante la aplicación de la encuesta a los participantes del estudio. Los resultados se verán codificados por categorías y subcategorías que permiten brindar un orden y mayor facilidad de entendimiento.

**Cuadro N°4. Cuadro de codificación de los resultados cualitativos**

Objetivo	Categoría	Subcategoría	Palabras clave	Codificación
Especificar la percepción de la salud mental y la dinámica familiar de los usuarios relacionada al manejo del dolor.	Percepción	Salud Mental	Estrés, ansiedad y depresión.	
		Dinámica Familiar	No me entienden, aislarme y mi familia se preocupa.	
Describir las prácticas de las terapias complementarias para el manejo del dolor de los usuarios.	Prácticas de terapias complementarias	Motivo	Aliviar el dolor, disminuir el dolor y calidad de vida.	
		Cambio	Mejora, menos dolor y crisis no tan seguidas.	

Fuente: elaboración propia, 2020.

## **4.2.1. SALUD MENTAL**

### **4.2.1.1. Participante 1.**

“Bastante”

### **4.2.1.2. Participante 2.**

“Si, me deprime porque no puedo hacer muchas cosas que hacía antes de ser diagnosticada”

### **4.2.1.3. Participante 3.**

“Claro el estar con estos dolores me causan mucho estrés y eso afecta mi salud mental”

### **4.2.1.4. Participante 4.**

“Si me da tristeza estar con dolor todos los días”

### **4.2.1.5. Participante 5.**

“Si. Depresión”

### **4.2.1.6. Participante 6.**

“Si, uno se siente triste al no ver mejoría en la salud, decaída, y ansiosa”

### **4.2.1.7. Participante 7.**

“Si afecta y en mi caso afectó mucho de forma que me daba muchísima ansiedad y todavía la tengo, siento que el miedo a que el cáncer regrese nunca se supera. ”

### **4.2.1.8. Participante 8.**

“Recibir la noticia me preocupó mucho. Sentí miedo inseguridad”

### **4.2.1.9. Participante 9.**

“Me molesta el no poder estar activa, me da depresión porque soy una persona muy activa”

**4.2.1.10. Participante 10.**

“Me da depresión.”

**4.2.1.11. Participante 11.**

“Me deprime y me provoca mucha ansiedad”

**4.2.1.12. Participante 12.**

“La fibroniebla es uno de mis síntomas más serios y por tanto, sí me afecta la parte cognitiva”

**4.2.1.13. Participante 13.**

“Los dolores son tan fuertes que me impiden la realización de las actividades deseables del día y me frustra.”

**4.2.1.14. Participante 14.**

“Sí, debido a los ataques de ansiedad y depresión que he tenido que manejar”

**4.2.1.15. Participante 15.**

“Sí afecta en la capacidad mental de mejora”

**4.2.1.16. Participante 16.**

“Si”

**4.2.1.17. Participante 17.**

“Me deprime”

**4.2.1.18. Participante 18.**

“Con episodios de dolor intenso, no soy capaz de mantener actividades normales - lo que afecta mi sensación de bienestar, genera estrés, ansiedad e incapacidad de sostener relaciones socio-

afectivas normales. Finalmente, el dolor provoca que me retraiga del entorno y desenlaza en pasajes de depresión”

**4.2.1.19. Participante 19.**

“Estar pendiente cuando me va a atacar el dolor”

**4.2.1.20. Participante 20.**

“Frustración”

**4.2.1.21. Participante 21.**

“Más que todo lo que afecta es la falta de sueño por dolor”

**4.2.1.22. Participante 22.**

“Si, con ansiedad y depresión.”

**4.2.1.23. Participante 23.**

“Si, el dolor incapacita a la mente a pensar en otra cosa que no sea ese dolor por ende la persona no duerme por pensar en ello o duerme para no pensar ni sentir ese dolor.”

**4.2.1.24. Participante 24.**

“Me siento cansada, por estar ayudando a mi hijo mi dolor aumenta y yo me hago la loca. ”

**4.2.1.25. Participante 25.**

“En un grado bastante bajo de depresión”

**4.2.1.26. Participante 26.**

“Sí, no me permite conectarme con mis emociones ni descansar por lo que me genera frustración, tristeza y enojo”

#### **4.2.1.27. Participante 27.**

“Si al no poder realizar actividades que sean de mi gusto”

#### **4.2.1.28. Participante 28.**

“Afecta mi desempeño diario y relación con los demás”

#### **4.2.1.29. Participante 29.**

“hasta el momento no”

#### **4.2.1.30. Participante 30.**

“Porque siento q mi calidad de vida no es la mejor, me estresa no poder hacer más cosas con mis hijas”

### **4.2.2. DINÁMICA FAMILIAR**

#### **4.2.2.1. Participante 1.**

“Sí afecta mucho”

#### **4.2.2.2. Participante 2.**

“Como tomo muchos medicamentos, creen que estoy bien, pero si no los tomara, no me podría ni levantar de la cama, no me entienden, creen que uno inventa el dolor”

#### **4.2.2.3. Participante 3.**

“Claro hay días en los que no comparto nada con ellos”

#### **4.2.2.4. Participante 4.**

“Sí a veces no participo en actividades familiares”

#### **4.2.2.5. Participante 5.**

“Sí. Tiendo a aislarme”

**4.2.2.6. Participante 6.**

“Sí, porque a veces solamente puedo estar acostada reposando y no conviviendo con ellos”

**4.2.2.7. Participante 7.**

“No, en mi caso no afectó, más bien nos unió más como familia.”

**4.2.2.8. Participante 8.**

“De forma positiva hacia mí porque me atienden y se preocupan por mí”

**4.2.2.9. Participante 9.**

“No siempre, es que ellos me cuidan mucho y si estoy con dolor no me dejan hacer nada.”

**4.2.2.10. Participante 10.**

“No me comprenden.”

**4.2.2.11. Participante 11.**

“Por mi cambiante estado de ánimo.”

**4.2.2.12. Participante 12.**

“Hago un gran esfuerzo para evitar quejarme. He aprendido a vivir con el dolor”

**4.2.2.13. Participante 13.**

“No.”

**4.2.2.14. Participante 14.**

“Sí, de cierta forma uno como paciente omite decir ciertas cosas para no preocupar a la familia, lo que conlleva ser más reservado o sentirse irritable”

**4.2.2.15. Participante 15.**

“Los deprime al verlo a uno con dolores provoca tristeza y frustración en familiares”

**4.2.2.16. Participante 16.**

“Sí porque hay más irritabilidad”

**4.2.2.17. Participante 17.**

“Cuando tenía crisis no quería hacer nada”

**4.2.2.18. Participante 18.**

“Igual que en la pregunta 14, se ve afectada mi capacidad de mantener relaciones socio-afectivas normales al provocarme ser retraído y depresivo”

**4.2.2.19. Participante 19.**

“A veces creen que es majadería”

**4.2.2.20. Participante 20.**

“No”

**4.2.2.21. Participante 21.**

“En el ánimo que uno tiene si siente dolor”

**4.2.2.22. Participante 22.**

“Demasiado, ya que debido al dolor la relación comienza a tener una ruptura y no se soporta tener a nadie cerca o que le digan cosas...”

**4.2.2.23. Participante 23.**

“Sí afecta, ya que nadie experimenta dolor por otra persona y tus familiares al verte mal desean cambiar de posición contigo para dejar de verte sufrir y la persona adolorida solo quiere que la dejen sola con su dolor para no hacer que ellos se sientan mal.”

**4.2.2.24. Participante 24.**

“Mis hijos están enfermos y dependen de mí. Cuento con mi hija, pero igual ella también depende de mí.”

#### **4.2.2.25. Participante 25.**

“Alejamiento de mi parte para evitar preocupaciones a la familia”

#### **4.2.2.26. Participante 26.**

“Sí, cuando tengo mucho dolor necesito más cuidados y me pongo irritable”

#### **4.2.2.27. Participante 27.**

“No”

#### **4.2.2.28. Participante 28.**

“Mi dolor afecta mi estado de ánimo y cambia constantemente”

#### **4.2.2.29. Participante 29.**

“no, porque todos apoyan”

#### **4.2.2.30. Participante 30.**

“Qué creen q uno miente y q el dolor no es tan fuerte”

### **4.2.3. MOTIVO**

#### **4.2.3.1. Participante 1.**

No responde.

#### **4.2.3.2. Participante 2.**

“Me ayuda con el dolor, la mente y para bajar de peso el ejercicio que hago es ejercicios en silla”

#### **4.2.3.3. Participante 3.**

No responde.

#### **4.2.3.4. Participante 4.**

No responde.

#### **4.2.3.5. Participante 5.**

“Para mejorar la salud física y mental. Disminuir el dolor”

#### **4.2.3.6. Participante 6.**

“Para tratar de aliviar el dolor”

#### **4.2.3.7. Participante 7.**

No responde.

#### **4.2.3.8. Participante 8.**

“Por qué creo en la hierba y productos naturales medicinales y porque la nutrición debe mejorar”

#### **4.2.3.9. Participante 9.**

“Porque me ayuda a sentir menos dolores”

#### **4.2.3.10. Participante 10.**

“En busca de mejorar mi calidad de vida.”

#### **4.2.3.11. Participante 11.**

“Trato de hacer todo lo posible por mejorar mi calidad de vida y aliviar mi dolor.”

#### **4.2.3.12. Participante 12.**

“Me mantiene equilibrada y feliz”

**4.2.3.13. Participante 13.**

“Alternativas al uso exclusivo de fármacos para el alivio del dolor, debido a sus efectos adversos”

**4.2.3.14. Participante 14.**

“La música me relaja... Adicionalmente a lo largo del proceso he aprendido hacer mi propia auto-psicóloga, animándome para continuar, viendo las circunstancias como momentáneas...”

**4.2.3.15. Participante 15.**

“Por buscar una mejor calidad de vida ”

**4.2.3.16. Participante 16.**

No responde.

**4.2.3.17. Participante 17.**

“Por recomendación médica”

**4.2.3.18. Participante 18.**

“En búsqueda de alivio del dolor en forma permanente”

**4.2.3.19. Participante 19.**

“Cuando puedo para aliviarme”

**4.2.3.20. Participante 20.**

“Por el manejo del dolor”

**4.2.3.21. Participante 21.**

No responde.

**4.2.3.22. Participante 22.**

“Para ayudarme en el bienestar de mi enfermedad”

**4.2.3.23. Participante 23.**

“Proyecto Daniel”

**4.2.3.24. Participante 24.**

“Para disminuir el dolor y relajación.”

**4.2.3.25. Participante 25.**

“Es la que mejor resultado me ha dado”

**4.2.3.26. Participante 26.**

No responde.

**4.2.3.27. Participante 27.**

“Por cuidado a que no empeore”

**4.2.3.28. Participante 28.**

No responde.

**4.2.3.29. Participante 29.**

No responde.

**4.2.3.30. Participante 30.**

No responde.

#### 4.2.4. EVIDENCIA DE CAMBIO

##### 4.2.4.1. Participante 1.

No responde.

##### 4.2.4.2. Participante 2.

“Sí, estoy de mejor ánimo”

##### 4.2.4.3. Participante 3.

No responde.

##### 4.2.4.4. Participante 4.

No responde.

##### 4.2.4.5. Participante 5.

“Si, más energía Crisis menos frecuentes y menos fuertes”

##### 4.2.4.6. Participante 6.

“No”

##### 4.2.4.7. Participante 7.

No responde.

##### 4.2.4.8. Participante 8.

“En realidad mi dolor ha sido poco pero el diagnóstico es suficiente para cambiar el estilo de alimentación. Yo me siento igual pero segura que le hecho menos basura al cuerpo”

**4.2.4.9. Participante 9.**

“Sí, me permite tener mayor movilidad y realizar cualquier actividad sin sentir dolor.”

**4.2.4.10. Participante 10.**

“Sí”

**4.2.4.11. Participante 11.**

“Sí, me ayuda a relajarme por ende baja la intensidad del dolor.”

**4.2.4.12. Participante 12.**

“Depende el momento. Me balancea pero en medio de las crisis, me da confort. No me alivia el dolor pero no es problema”

**4.2.4.13. Participante 13.**

“Sí. Las actividades que debo a seguir en cuanto a situaciones específicas del dolor han mejorado paulatinamente.”

**4.2.4.14. Participante 14.**

No responde.

**4.2.4.15. Participante 15.**

“Sí en gran manera”

**4.2.4.16. Participante 16.**

No responde.

**4.2.4.17. Participante 17.**

“Sí mejora ”

**4.2.4.18. Participante 18.**

“Muy poca evolución - no resultados a largo plazo, que no las descalifica. Todos somos diferentes”

**4.2.4.19. Participante 19.**

“Totalmente relajada y con menos dolor”

**4.2.4.20. Participante 20.**

“Si, ha cesado”

**4.2.4.21. Participante 21.**

No responde.

**4.2.4.22. Participante 22.**

“No mucho, debido a que las crisis son distintas y el dolor suele llegar a ser insoportable, pero este tipo de tratamiento ayuda a controlar niveles altos de ansiedad y depresión. El estrés también. ”

**4.2.4.23. Participante 23.**

“Sí, dejé de preguntarme porque yo que sentía tanto dolor. ”

**4.2.4.24. Participante 24.**

“Me aliviaba demasiado, ya sentía menos dolor. En el espuelón he sentido mejoría, a veces me agarra el dolorcillo pero si he sentido mejoría. ”

**4.2.4.25. Participante 25.**

“Sí, es bastante la mejoría y las crisis de intenso dolor ya no son tan seguidas y fuertes”

**4.2.4.26. Participante 26.**

No responde.

**4.2.4.27. Participante 27.**

“Sí, menos dolor”

**4.2.4.28. Participante 28.**

No responde.

**4.2.4.29. Participante 29.**

No responde.

**4.2.4.30. Participante 30.**

No responde.

## **CAPÍTULO V. DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

El instrumento es dividido en tres partes para la recolección efectiva de los datos, en el presente estudio, en las que las preguntas se agruparon según los aspectos que se requerían para clasificar u obtener información necesaria por parte de la población. La primera parte toma en cuenta los aspectos sociodemográficos, la segunda está asociada a los aspectos relacionados a la sensación dolorosa y la última sección toma en cuenta los aspectos relacionados a las terapias complementarias. De esta forma, se permite un análisis basado en el sistema lógico del instrumento utilizado, combinando las variables cuantitativas y la categorización de análisis cualitativo.

Los aspectos sociodemográficos son características que agrupan a los seres humanos en distintas categorías. La definición brindada en esta investigación tiene el fin de relacionar esas características definitorias con el uso y conocimiento de terapias complementarias en el tratamiento del dolor crónico y la percepción de la salud mental y dinámica familiar de la población. Si estos se asocian al Modelo de Pender, se convierten en los factores personales de cada uno de los encuestados.

El primer aspecto sociodemográfico obtenido es la edad, donde la mayoría de la población se concentra en dos grupos de edad. El primer grupo de edad es 18 a 25 años y el segundo grupo es el que va de 45 a 55 años. Este resultado permite reconocer que las creencias comunes están desactualizadas, pues muchos piensan que las personas jóvenes no padecen de dolor crónico, pues es más probable que sean las mayores de 50 años los que padezcan de una enfermedad crónica y/o degenerativa.

La investigación demuestra que a pesar de que la muestra no sea significativa en la población general nacional, se puede aun así distinguir que no solo las personas de avanzada edad pueden padecer de una enfermedad que les produzca dolor crónico, las personas jóvenes también son

propensas a uno de estos padecimientos y requerir atención en los servicios de salud con tratamientos analgésicos.

El segundo aspecto mencionado es el sexo, los datos arrojan que el 87% de la población está conformado por femeninas. Los datos obtenidos concuerdan con la información que brindan múltiples estudios a nivel internacional, en los que se menciona la alta probabilidad de padecer una enfermedad crónica/degenerativa y que esta produzca dolor crónico en mujeres, tal y como lo mencionan García et al<sup>39</sup>, en una de sus investigaciones. Gutiérrez y Gutiérrez<sup>40</sup>, afirman también, que, debido a aspectos hormonales, psicoculturales y neurológicos las mujeres tienden a experimentar el dolor con una mayor sensibilidad que los hombres.

El área de residencia a la que pertenece la mitad de las personas que conforman la muestra es la provincia de San José, siendo esta la que posee la mayor densidad poblacional del área metropolitana con aproximadamente 1661547 habitantes. En el segundo puesto se encuentra la provincia de Heredia, siendo la de menor densidad poblacional, con 526092 según los datos reportados por el INEC. Con estas dos provincias, se contempla más del 80% de la muestra.

El 70% (n=21) del total afirma practicar una terapia complementaria, el 30% restante (n=9) no las utiliza. De ese 30%, el 55% tienen una escolaridad menor a secundaria completa y el otro 45% posee un tipo de educación superior. Esto demuestra que el nivel educativo en los encuestados no posee un impacto significativo en la elección de practicar o no una terapia complementaria.

La ocupación de los encuestados es variada basándose en los resultados de la encuesta. Donde su mayoría son trabajadores tanto del sector público como privado, por lo tanto, poseen un ingreso económico que pueden utilizar para adquirir los servicios profesionales o los productos

necesarios para practicar la terapia, sin embargo; estudiantes y aquellos que se dedican a las labores del hogar también afirmaron realizar una terapia complementaria.

El ingreso económico mensual menor a los ₡400.000 puede tomarse como una barrera percibida de acción, estas son definidas por Pender<sup>16</sup>, como un bloqueo anticipado, real o imaginario, que interfiere con la adquisición de una conducta determinada. La mayoría de los encuestados que poseen dicho ingreso, negaron la realización de una terapia. Cabe la posibilidad de que esto no sea una prioridad para ellos, por los altos costos que pueden tener las sesiones con profesionales en la materia, teniendo en cuenta que poseen otras necesidades más importantes.

El dolor es una manifestación clínica que se presenta en muchas enfermedades que puede llegar a padecer el ser humano, esta es la afirmación dada por Urman y Vadivelu<sup>14</sup> la cual es confirmada con las respuestas de los encuestados, pues hubo una gran variedad de padecimientos que afectan a distintos sistemas del organismo. A pesar de que la investigación se basa solamente en enfermedades crónicas y degenerativas, cualquier persona estaría propensa a padecer dolor, aunque no tuviese uno de los padecimientos mencionados por la población de estudio.

El tiempo de diagnóstico influye en la adquisición de una conducta promotora de la salud, pues la mayoría de los encuestados que tenían más de 3 años de haber sido diagnosticados, admitieron practicar una terapia complementaria. Se puede decir que, por la cantidad de tiempo, han existido una mayor cantidad de influencias interpersonales, las cuales sirvieron para la modelación de la conducta promotora de la salud. Según Pender<sup>16</sup>, la modelación es un método de “aprendizaje indirecto mediante la observación de los demás con una conducta en particular”. Es decir, entre más sea el tiempo de diagnóstico, mayor es la probabilidad de usar los tratamientos.

Los aspectos determinantes del dolor están enfocados no solamente en tratamientos para aliviar esta sensación, sino que incluyen también la influencia que tiene sobre la salud mental, la dinámica familiar y las actividades básicas de la vida diaria de los encuestados.

Este apartado inicia con los fármacos que han utilizado los participantes del estudio para reducir el dolor. Más de la mitad seleccionaron medicamentos que se encuentran dentro del primer o segundo peldaño según la escala de analgesia dada por la Organización Mundial de la Salud, entre los cuales se incluyen: el ibuprofeno con un 80% (n=24), el paracetamol representado con un 70% (n=21), el tramadol con el 60% (n=18) y el diclofenaco con un 57% (n=17).

Los resultados demuestran el bajo uso de medicamentos del tercer peldaño, así como el de los coadyuvantes. Teniendo en cuenta que los medicamentos opioides, así como algunos coadyuvantes, poseen una mayor cantidad de efectos adversos, es entendible que estos sean indicados en la menor cantidad de los casos. Esto no disminuye el hecho que un mal manejo de la sensación dolorosa con los medicamentos del primer y segundo peldaño pueda repercutir de forma negativa en la fisiología de los pacientes.

Los efectos adversos secundarios al tratamiento farmacológico más comunes entre los encuestados son: mareos con un 53% (n=16), ansiedad y náuseas con un 47% (n=14), pérdida de la efectividad del tratamiento y cefalea con el 43% (n=13).

La evaluación de este síntoma requiere de la realización del historial del dolor, en el cual se valoran los aspectos que mejoran o empeoran el mismo, en este caso los participantes del estudio afirmaron en un 93% (n=28) que el dolor aumentaba cuando realizaban algún tipo de actividad o movimiento, por ejemplo, caminar, realizar ejercicio o simplemente mantenerse de pie, sin embargo, pocos fueron los que respondieron que llevaban un diario del dolor. Solamente el 17%

(n=5) del total de la población podría identificar con mayor facilidad, que tipos de movimientos o actividades empeoran su condición.

El diario del dolor es también una herramienta útil que permite identificar con mayor facilidad la influencia negativa de la sensación dolorosa sobre los aspectos básicos de la vida diaria. Aun cuando la mayoría de los participantes no escribe notas del desarrollo de su dolor, si identificaron que este afecta todos los aspectos mencionados en la encuesta, ya que cada uno de ellos fue seleccionado por más de la mitad de los encuestados.

El humor, patrón del sueño, la capacidad de movimiento, la capacidad de relacionarse con otros, la funcionabilidad laboral, las actividades básicas de la vida y el disfrutar la vida son actividades básicas de la vida diaria que se ven opacadas por el dolor crónico. Esto acarrea consigo no solamente un problema a nivel fisiológico, sino que se adentra en el área psicológica y social de la persona, imposibilitando o disminuyendo la calidad de vida.

El 57% (n=17) de los encuestados admite haber recibido consulta con un profesional de salud mental, lo cual es de importancia porque los efectos que deja el padecer una enfermedad crónica y sus tratamientos, impactan de forma negativa la psique de una persona. Pino et al<sup>27</sup> mencionan que son un desencadenante para las enfermedades mentales tales como la ansiedad y la depresión. Si estas no tienen un buen control, pueden desencadenar un decaimiento del estado de ánimo del paciente, así como sus ganas de mejorar su vida.

Esta afirmación se comprueba con las respuestas que brindaron los encuestados en la pregunta número 14, en la que se les cuestiona a los participantes de qué forma afecta el dolor crónico la salud mental a lo que mayoría responde que esta sensación según su percepción les produce

cuadros de estrés, ansiedad, depresión y frustración. Como lo menciona el participante 18 en el siguiente anunciado:

“Con episodios de dolor intenso, no soy capaz de mantener actividades normales - lo que afecta mi sensación de bienestar, genera estrés, ansiedad e incapacidad de sostener relaciones socioafectivas normales. Finalmente, el dolor provoca que me retraiga del entorno y desenlaza en pasajes de depresión.” (Participante 18, entrevista en línea, 2020)

Las respuestas de esta pregunta evidencian conductas catastróficas, como la del participante 8: “Sí afecta y en mi caso afectó mucho, de forma que me daba muchísima ansiedad y todavía la tengo, siento que el miedo a que el cáncer regrese nunca se supera” (Participante 8, entrevista en línea, 2020). La participante asume que su miedo nunca se irá lo que podría ocasionar un incremento en los niveles de ansiedad y niveles de depresión si no lograra controlar sus pensamientos.

La participante 24 ha adquirido una conducta de negación según su respuesta en esta pregunta: “Me siento cansada, por estar ayudando a mi hijo mi dolor aumenta y yo me hago la loca” (Participante 24, entrevista en línea, 2020). El hacerse “la loca” incurre a que ignore su padecimiento, lo cual no es adecuado pues podría empeorar su condición al no recibir ayuda profesional que valore el motivo de su dolor y porque este aumenta en lugar de disminuir.

La salud mental está influida por la incapacidad de realizar distintas actividades y también el no poder compartir con la familia a causa del dolor. En palabras de los participantes:

“Los dolores son tan fuertes que me impiden la realización de las actividades deseables del día y me frustra.” (Participante 13, entrevista en línea, 2020).

“Porque siento q mi calidad de vida no es la mejor, me estresa no poder hacer más cosas con mis hijas” (Participante 30, entrevista en línea, 2020).

La familia es quien Pender clasifica como una influencia interpersonal que motiva el mantenimiento de una conducta, por lo que el apoyo familiar se convierte en un aspecto importante a la hora de querer mejorar el estado de la salud. Dentro de la investigación, el 77% de la población encuestada refiere poseer apoyo familiar con respecto a su sensación dolorosa. Aunque más de la mitad posean ese apoyo, los encuestados indicaron que la dinámica familiar sí se ve afectada debido al dolor crónico. La mayoría de los participantes indicaron que existe una falta de comprensión, autoaislamiento y constante cambio de ánimo afecta la relación socioafectiva. Así lo mencionan:

“Como tomo muchos medicamentos, creen que estoy bien, pero si no los tomaré, no me podría ni levantar de la cama, no me entienden, creen que uno inventa el dolor” (Participante 2, entrevista en línea, 2020).

“Sí, porque a veces solamente puedo estar acostada reposando y no conviviendo con ellos” (Participante 6, entrevista en línea, 2020).

Una pequeña cantidad de la muestra admite que sus familiares tienden a preocuparse más por ellos, a atenderlos cada vez que hay un cuadro de dolor muy fuerte y que desde el momento del diagnóstico se dio un aumento en la unión familiar, por lo que no todos los comentarios son negativos.

“No, en mi caso no afectó, más bien nos unió más como familia. ” (Participante 7, entrevista en línea, 2020).

“De forma positiva hacia mí porque me atienden y se preocupan por mí” (Participante 8, entrevista en línea, 2020).

El último apartado toma en cuenta el conocimiento y la fuente, las terapias complementarias que se practican y la forma en las que se realizan, así como el nivel de satisfacción luego del tratamiento con ellas.

Más de la mitad de los encuestados afirma conocer el término terapias complementarias, pues lo escuchan en su mayoría de los profesionales de la salud. Basándose en los resultados obtenidos, los encuestados conocen al menos una terapia de cada grupo, las cuales son: mente-cuerpo y espíritu, energéticas y del biocampo, por manipulación y con base en el cuerpo y por último las terapias con base biológica. El grupo de terapias que posee mayor reconocimiento es el de mente-cuerpo y espíritu, pues entre las más conocidas por más de la mitad de la población se encuentran: yoga, meditación, psicoterapia y musicoterapia.

La principal fuente de información es el internet y redes sociales con un 46.7% (n=14) lo que refleja la posibilidad que estas no fueran confiables con información errada, desactualizada o incompleta, lo que podría causarle un daño al practicante, en lugar de un beneficio.

El 70% (n=21) de la muestra indica practicar una terapia complementaria y según los resultados, las que más se practican dentro de ella están: la fisioterapia con un 37% (n=11), el ejercicio físico con un 23% (n=7) y la meditación, musicoterapia y aromaterapia con un 20% (n=6). Estas terapias, a excepción de la fisioterapia, se pueden realizar con un bajo presupuesto ya que no hay necesidad de asistir a un centro especializado para realizar actividad física en la mayoría de los casos, escuchar música relajante o colocar un difusor con un aroma específico.

Muchos de los tratamientos mencionados en la encuesta requieren de un profesional que tenga el conocimiento de cómo aplicarlas para que se hagan de forma adecuada y cumplan con su objetivo como la fisioterapia, alimentación específica para el tipo de enfermedad, acupuntura y

otras, por lo que es favorable que el 52.4% (n=11) de los que admitieron practicar una terapia reciban asistencia de un profesional.

La motivación que lleva a los participantes a iniciar el tratamiento con la terapia complementaria es la de disminuir el dolor, aumentar la calidad de vida y mejorar la salud mental. Así lo mencionan los participantes 5 y 11:

“Para mejorar la salud física y mental. Disminuir el dolor” (Participante 5, entrevista en línea, 2020).

“Trato de hacer todo lo posible por mejorar mi calidad de vida y aliviar mi dolor” (Participante 11, entrevista en línea, 2020).

Lo anterior esclarece que el realizar una terapia complementaria sí se considera una conducta promotora de salud, un ejemplo que es importante mencionar es la respuesta de la participante 2: “Me ayuda con el dolor, la mente y para bajar de peso el ejercicio que hago, es ejercicios en silla”. (Participante 2, entrevista en línea, 2020). Esto es un gran ejemplo para demostrar a los pacientes que no todas las personas realizan las terapias de la misma forma y que se pueden adaptar a las diferentes necesidades que ellos posean.

Otro motivo que los encuestados tienen para iniciar con el tratamiento complementario es el de disminuir los efectos adversos de los fármacos y también por recomendación profesional.

La muestra admite evidenciar un cambio desde el inicio del uso de las terapias complementarias. El antes y el después se comprueba en la disminución del dolor, la ansiedad y el estrés provocados por la enfermedad, además afirman un decrecimiento de los episodios dolorosos, así como de su intensidad y como menciona la participante 9 “Si, me permite tener mayor movilidad y realizar cualquier actividad sin sentir dolor” (Participante 9, entrevista en línea, 2020)

La mayoría obtiene resultados positivos, aunque unos pocos no presentan cambio alguno y si lo tienen, estos se dan de forma paulatina. En casos como los de la participante 22, la cual expresa lo siguiente: "No mucho, debido a que las crisis son distintas y el dolor suele llegar a ser insoportable, pero este tipo de tratamiento ayuda a controlar niveles altos de ansiedad y depresión, el estrés también." (Participante 22, entrevista en línea, 2020). El personal de salud es el responsable de explicar que la terapia que está utilizando en ese momento es buena para controlar los niveles de ansiedad, sin embargo; necesita realizar otro tipo de terapia que mejore o alivie el dolor.

Las terapias complementarias tienen una gran ventaja y es que se pueden usar varias al mismo tiempo para combatir uno o varios males. En el caso de la participante 22, lo recomendable sería evaluar como realiza la terapia y los niveles de dolor, así como el tratamiento farmacológico que tenga indicado para implementar otra terapia complementaria que le brinde un mayor confort y alivio en los distintos episodios dolorosos.

El 85.7% (n=18) del total de las personas que realizan alguna terapia admite sentirse satisfecho con los resultados brindados, a pesar de que existe un porcentaje que no comparte esta opinión, el 95.2% (n=20) indica que recomienda el uso de las mismas a otras personas que padecen de dolor crónico. Esto deja en claro que los participantes sí creen en los beneficios de los tratamientos complementarios, aunque no se sientan a gusto con los resultados que estas han presentado en ellos mismos.

La falta de satisfacción con la práctica de la terapia provoca el abandono de la conducta promotora de salud. Pender indica que la motivación es un factor importante para el mantenimiento de la conducta y si el participante no posee un resultado positivo o un profesional que lo guíe de forma adecuada, y que le explique porque la terapia no está surtiendo el efecto

deseado, esta persona podría renunciar al uso, no solamente de esa terapia, sino también de otras, pues su experiencia previa le hizo creer que las terapias complementarias no servían para aliviar el dolor.

La mayoría de los participantes recomiendan el uso de las terapias, esto promueve la propagación de estas prácticas. Si una persona que fue recientemente diagnosticada con una enfermedad crónica/degenerativa que le produce dolor crónico, preguntase por los beneficios y resultados a una persona que ya tenga experiencia con las terapias, al ver que estos recomiendan su uso, aumentaría su motivación y compromiso para obtener y mantener una conducta promotora de salud.

El 97% (n=29) de la población total afirma que la CCSS debería incluir las terapias complementarias dentro de sus servicios regulares. Si la Caja introdujera las terapias como parte de los tratamientos incluidos en el seguro social, esto motivaría a los costarricenses a utilizar esos tratamientos, pues si bien lo dice el modelo de promoción de la salud, se convertiría en una influencia situacional positiva, pues le sale más económico al paciente ir al seguro que buscar un profesional en una institución privada.

## **CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## 6.1. CONCLUSIONES

Los aspectos sociodemográficos identificados indican que el sexo femenino como el predominante, San José como la provincia con mayor cantidad de residentes, la edad no interfiere en la incidencia de enfermedades crónicas, el grado académico no determina la realización de una conducta promotora de la salud, independientemente de la ocupación, la persona puede o no practicar una terapia complementaria. El sistema más afectado por el dolor crónico es el musculo esquelético y entre mayor tiempo de diagnóstico, mayor probabilidad de adquirir una conducta promotora de salud.

Los determinantes del dolor en la investigación generan las siguientes conclusiones: el grupo de medicamentos más utilizado son los del primer peldaño de la escala de analgesia de la OMS se asocia a la baja cantidad de efectos adversos que estos presentan. Los efectos adversos secundarios al tratamiento analgésico son los más leves y que no necesariamente generan una preocupación mayor. Cualquier tipo de actividad es capaz de aumentar el dolor, las personas ignoran la importancia del diario del dolor y el control con profesionales de salud mental es relativamente significativo.

La percepción de los encuestados hace que se concluya que el dolor sí repercute negativamente la salud mental, quienes admiten percibir que sufren de enfermedades mentales secundarias a esta patología donde se dan con mayor frecuencia la depresión y ansiedad. Con respecto a la dinámica familiar, las respuestas son contradictorias ya que, aunque una gran parte de la población afirmase que la familia sea una fuente de apoyo, cuando se menciona la afectación de la dinámica, los encuestados brindan respuestas negativas como que no los comprenden, no creen que el dolor sea real y el aislamiento para no molestar por parte de los encuestados.

Los resultados obtenidos demuestran un conocimiento intermedio de las terapias complementarias, ya que indican que sí conocen sobre las nombradas en la pregunta número 20 y a parte mencionan otras que no son incluidas en el estudio, pero no manejan el término o la definición como tal, además que no se sabe a ciencia cierta si las fuentes que utilizaron son confiables o si están actualizadas.

El principal motivo de la práctica de las terapias complementarias para el alivio del dolor está relacionado con una mejoría en la calidad de vida percibida, demostrándose con los resultados que sí funcionan, pues estos manifestaron experimentar una disminución del dolor. Quienes las practican acuden a profesionales para que les brinden la atención por lo que el uso de estas es satisfactorio, esto hace que los participantes recomienden su uso a otras personas con dolor crónico y están de acuerdo en que la Caja Costarricense del Seguro Social debería de incluirlas como parte de los tratamientos que se brindan en sus servicios.

## 6.2. RECOMENDACIONES

- Realizar investigaciones sobre la relación de terapias complementarias para el manejo del dolor, más que todo para identificar cual terapia es la mejor según el tipo de enfermedad. Dirigida a otros profesionales de enfermería que se dediquen al campo de la investigación.
- Mantener conocimientos actualizados sobre las distintas terapias para que puedan identificar cuando están surtiendo efecto y cuando no. Y en caso de que no surta el efecto deseado valorar las interacciones y/o reacciones de tratamientos farmacológicos o procesos cognitivos de un usuario para saber el principal motivo de la ineficacia del tratamiento complementario y trabajar en una solución. Dirigido a profesionales de enfermería.
- Realizar un diario del dolor, para así poder identificar con mayor facilidad cuales actividades generan un aumento o disminución del dolor, la eficacia de los tratamientos y cuando se requiere de un cambio de dosis o del mismo tratamiento. Dirigido a las personas que son diagnosticadas con enfermedades crónicas degenerativas.
- Adquirir de conductas promotoras de la salud. Dentro del estudio se identificaron dos conductas en los participantes, la primera fue tener consulta con un profesional de salud mental y la segunda es poner en práctica terapias complementarias que dieron resultados positivos. Dirigido a la población en general.
- Investigar sobre la enfermedad del familiar diagnosticado, sus tratamientos, que exista un acompañamiento en todo momento, ser empáticos y promover la motivación al paciente a mejorar su estado de salud. Dirigido a familia, que es el motor del paciente y es quien le brinda esas ganas de seguir luchando contra la enfermedad.

- Implementar programas que promuevan el alivio del dolor y que todos los profesionales de esta institución le brinden una mayor importancia a este fenómeno e implementar un servicio y cuidado más riguroso cuando se trate de dolor crónico, así como la aplicación de las terapias complementarias dentro de los servicios. Dirigido a la Caja Costarricense del Seguro Social.
- Realizar campañas informativas sobre el uso adecuado de terapias complementarias que incluya los beneficios, las interacciones y posibles efectos adversos, para que los costarricenses posean al menos un conocimiento mínimo de las mismas y puedan ponerlas en práctica para mejorar su estado de salud. Dirigido al Ministerio de Salud.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Blanca Cecilia Vanegas De Ahogado, Arnol Yamid Calderón Perilla, Paola Milena Lara Suarez, Andrés Forero Archbold, Diego Andrés Marín Ariza y Adriana Celis Rincón. Experiencias de profesionales de enfermería en terapias alternativas y complementarias aplicadas a personas en situaciones de dolor. *AV Enfermería*. 2008; 26(1): 56-64.
2. Victoria Soledad Vásquez Angulo, Milagritos Del Rocío León Castillo. Nivel de información sobre terapias complementarias y adopción de estilo de vida promotor de salud en personas de la tercera edad en Trujillo. *Revista Peruana de Medicina Integrativa*. 2016; 1(3): 34-40.
3. L. M. Martínez Sánchez, G. I. Martínez Domínguez, J. L. Molina Valencia, E. O. Vallejo Agudelo, D. Gallego González, M. I. Pérez Palacio, J. R. Gaviria García y M. A. Rodríguez Gázquez. Uso de terapias alternativas y complementarias en pacientes con dolor crónico en una institución hospitalaria, Medellín, Colombia, 2014. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 2016; 23(6).
4. Nicolás Martínez I., Ángel García, P.J. Saturno, F. López Soriano. Manejo del dolor oncológico: revisión sistemática y valoración crítica de las guías de práctica clínica. *Rev. de Calid. Asist.* 2016; 31(1): 55-63.
5. S. Pedrosa, D. Aguado, S. Canfrán, J. Torres y J. Miró. La terapia asistida con perros en el tratamiento de las personas con dolor crónico: una revisión sistemática. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 2017; 24(1).
6. Osvaldo Guirola Fuentes. Control no farmacológico del dolor en pacientes paliativos - Terapias alternativas y complementarias. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2017.

7. Cesar A. Arango Dávila, Hernán G. Rincón Hoyos. Trastorno depresivo, trastorno de ansiedad y dolor crónico: múltiples manifestaciones de un núcleo fisiopatológico y clínico común. *Rev. Colomb. Psiquiat.* 2018; 47(1): 46-55.
8. Maribel Quirós Ramírez. Hipnosis como tratamiento del dolor en pacientes con fibromialgia. *Revista Costarricense de Psicología.* 2013; 32(1): 1-24.
9. Irina Anchía Umaña, Inés Revuelta Sánchez. Terapias complementarias, salud y calidad de vida en costa rica. *Escuela de Ciencias del Movimiento Humano y Calidad de Vida, Universidad Nacional.* 2017.
10. Diego Araya Chacón. *Terapia de aceptación y compromiso para el tratamiento del dolor crónico no oncológico: una revisión sistemática de la literatura.* San José: Universidad de Costa Rica; 2017.
11. María Fernanda Ramírez Sáenz. *Dolor músculo esquelético y su asociación con factores de riesgo ergonómicos en trabajadores administrativos de la compañía coca cola, división de servicios globales, San José, Costa Rica, marzo-abril 2017.* San José: Universidad Hispanoamericana; 2017.
12. Angelli Paola Morales Alfaro. *Intervención del profesional de enfermería en el manejo del dolor físico en pacientes de 30 a 70 años según su estilo de vida en la comunidad de Higuito de Desamparados.* San José: Universidad Hispanoamericana; 2018.
13. Estefany Ugalde Porras. *Uso y eficacia de las terapias complementarias y alternativas utilizadas por el paciente oncológico durante su proceso de recuperación según patología, gran área metropolitana Costa Rica, 2019.* San José: Universidad Hispanoamericana; 2019.
14. Richard D. Urman y Nalini Vadivelu. *Medicina del dolor de bolsillo.* (1era ed.). España: Lippincott Williams and Wilkins; 2012.

15. Mariah Snyder, Ruth Lindquist. Terapias complementarias y alternativas en enfermería. (6ta ed.). New York: Manual Moderno; 2010.
16. Martha Raile Alligood y Ann Marriner Tomey. Nola J Pender: Modelo de promoción de la salud. In: Teresa J. Sakraida (8va ed.) Modelos y teorías en enfermería. España: Elsevier; 2014. p. 385-404.
17. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Cuidados Paliativos y Control del Dolor 2017-2021. Ministerio de Salud. 2017.
18. Sara Herrero Jaén. Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. ENE. 2016; 10(2).
19. Organización mundial de la salud. Enfermedades Crónicas. [En línea]. Disponible en: [https://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/) [Acceso 23 marzo 2020].
20. Salvat editores. La Enciclopedia. Madrid: Salvat; 2004.
21. Miren de Tejada Lagonell. Variables sociodemográficas según turno escolar, en un grupo de estudiantes de educación básica: un estudio comparativo. Revista de Pedagogía. 2012; 33 (92): 235-269.
22. Diane E. Papalia. Desarrollo Humano. (13era ed.). México: McGraw Hill; 2017.
23. Ministerio de salud. Política Nacional de Salud Mental 2012-2021. (1era ed.). Costa Rica: Ministerio de Salud; 2012.
24. Adriana María Gallego Henao. Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. Revista Virtual Universidad Católica del Norte. 2012; 35(0124-5821).

25. James P. Rathmell y Howard L. Fields. Capítulo 10. Dolor: fisiopatología y tratamiento. J. Larry Jameson et al. (eds.) Harrison Principios de Medicina Interna. New York: McGraw Hill; 2018.
26. Kathleen Dorman Wagner y Melanie G. Hardin-Pierce. High-Acuity Nursing. (6ta Ed.). England: Pearson; 2015.
27. Martha Martín Carbonell. Psicología e hipnosis en el tratamiento del dolor. (1era ed.). Colombia: Universidad Cooperativa de Colombia; 2017.
28. Lina Ortiz y Maritza Velasco. Dolor crónico y psiquiatría. Rev. Med. Clín. Condes. 2017; 28(6): 866-873.
29. K. Pino Gómez, M. Murillo Hurtado y L. F. Suárez Bedoya. Acompañamiento al enfermo crónico o terminal y calidad de vida en familia. Poiésis. 2019; 1(36): 126-146.
30. Bertram G. Katzung. Farmacología básica y clínica. (14ta ed.). México: McGraw Hill; 2019.
31. Karen Whalen. Farmacología. (6ta ed.) In: Richard Finkel, Thomas A. Panavelil (Eds). España: Wolters Kluwer; 2016.
32. NCCIH. National Center for Complementary and integrative Health. [En línea]. Disponible en: <https://www.nccih.nih.gov/>.
33. Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Collado y María Del Pilar Baptista Lucio. Metodología de la investigación. (5ta ed.). México: McGraw Hill; 2010.
34. Cuadro N° 8 y Cuadro N° 10. Caja Costarricense del Seguro Social. Anuario Estadístico 2017. [En línea]. Disponible en: [https://www.ccss.sa.cr/est\\_salud](https://www.ccss.sa.cr/est_salud) [Acceso 12 agosto 2020].
35. Real Academia Española. Real Academia Española Diccionario. [En línea]. Disponible en: <https://dle.rae.es/percepci%C3%B3n> [Acceso 12 agosto 2020].

36. Real Academia Española. Real Academia Española Diccionario. [En línea]. Disponible en: <https://dle.rae.es/practicar?m=form> [Acceso 12 agosto 2020].
37. Real Academia Española. Real Academia Española Diccionario. [En línea]. Disponible en: <https://dle.rae.es/motivar?m=form> [Acceso 12 agosto 2020].
38. Real Academia Española. Real Academia Española Diccionario. [En línea]. Disponible en: <https://dle.rae.es/cambiar?m=form> [Acceso 12 agosto 2020].
39. Esther García Esquinas, Rosario Ortolá, Francisco Félix Caballero. Gender differences in pain risk in old age: magnitude and contributors. *Mayocp*. 2019; 94(9): 1707-1717.
40. William Gutiérrez Lombana, Sergio Esteban Gutiérrez Vidal. Diferencias de sexo en el dolor Una aproximación a la clínica. *Rev. Colom Anestesiol*. 2012; 40(3): 207-212.

## ANEXOS

### DECLARACIÓN JURADA

Yo María Valeria Rivas Villalobos, cédula de identidad 1-1670-0765, en condición de egresado de la carrera de Enfermería de la Universidad Hispanoamericana, y advertido de las penas con las que la ley castiga el falso testimonio y el perjurio, declaro bajo la fe del juramento que debo rendido en este acto, que mi trabajo de graduación, para optar por el título de Licenciatura en Enfermería titulado "Conocimiento y prácticas sobre terapias complementarias para el manejo del dolor en usuarios con enfermedades crónico-degenerativas y la relación con la percepción de su salud mental y dinámica familiar, valle central, II cuatrimestre 2020." es una obra original y para su realización he respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derechos de Autor y Derecho Conexos, número 226 del 5 de noviembre de 1982; especialmente el numeral 70 de dicha ley en el que se establece: Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original". Asimismo, que conozco y acepto que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. Firmo, en fe de lo anterior, en la ciudad de San José, el día 26 de Octubre del 2020.



María Valeria Rivas Villalobos.

San José, 23 de octubre de 2020.

**CARTA DEL TUTOR**  
**Máster Vanessa Aguilar Zeledón**  
**Carrera Enfermería**  
**Universidad Hispanoamericana**

Estimada señora:

La estudiante **María Valeria Rivas Villalobos**, cédula de identidad número **1-1670-0765**, ha desarrollado de forma satisfactoria el trabajo de investigación denominado: "Conocimiento y prácticas sobre terapias complementarias para el manejo del dolor en usuarios con enfermedades crónico-degenerativas y la relación con la percepción de su salud mental y dinámica familiar, Valle Central, II Cuatrimestre de 2020." la cual fue elaborada para optar por el grado académico de licenciatura en enfermería.

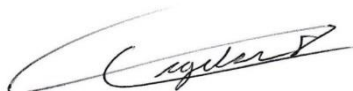
En mi calidad de tutor, he verificado que la estudiante ha seguido a cabalidad todas las recomendaciones hechas durante la elaboración del documento, se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso. He evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por el postulante, se obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10%
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	20%
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	30%
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	20%
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	20%
	<b>TOTAL</b>		100%

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de lectoría metodológica.

Atentamente,



---

**DR. ARGEDIS J. CRUZ BOZA**  
**CÉDULA 1-1330-0648**  
**CARNÉ CÓDIGO PROFESIONAL E9801**

San José, 28 de diciembre, 2020

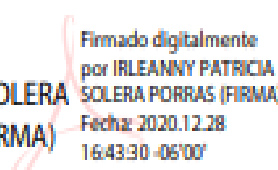
Señores  
Universidad Hispanoamericana  
Sede Aranjuez

Estimados Señores

Como docente universitario y en calidad de lector de Tesis para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería, titulada: "CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS SOBRE TERAPIAS COMPLEMENTARIAS PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN USUARIOS CON ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS Y LA RELACIÓN CON LA PERCEPCIÓN DE SU SALUD MENTAL Y DINÁMICA FAMILIAR, VALLE CENTRAL, II CUATRIMESTRE 2020.", a cargo de la estudiante MARÍA VALERIA RIVAS VILLALOBOS; he revisado y aprobado el documento, según los requisitos académicos de la universidad, para ser presentado como requisitos final de graduación.

Atentamente,

IRLEANNY  
PATRICIA SOLERA  
PORRAS (FIRMA)



Firmado digitalmente  
por IRLEANNY PATRICIA  
SOLERA PORRAS (FIRMA)  
Fecha: 2020.12.28  
16:43:30 -06'00'

Ireanny Solera Porras. M.Sc  
Cód. 12175  
Lectora Metodológica

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado (a) participante:

La presente encuesta posee el fin de “Determinar el conocimiento y las prácticas sobre terapias complementarias para el manejo del dolor en usuarios con enfermedades crónico-degenerativas y su relación con su salud mental y la dinámica familiar, Valle central, 2020”. Siendo éste el proyecto final de graduación para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería de la investigadora Ma. Valeria Rivas Villalobos, dado por la Universidad Hispanoamericana.

La aplicación de esta encuesta pretende brindar una respuesta a las preguntas formuladas por la investigadora.

Debe tener en cuenta que para participar de esta investigación debe cumplir con los siguientes criterios: padecer una enfermedad crónico-degenerativa que le produzca dolor crónico (cualquier tipo de cáncer, lupus eritematoso sistémico, lumbalgia, escoliosis, artritis, fibromialgia, etc.), tener entre 18 y 65 años de edad y vivir dentro del valle central (Heredia, San José, Alajuela y Cartago).

La investigadora le informa que algunas de las preguntas pueden generar incomodidad debido a que los datos brindados por su persona hacen referencia a información personal, como, por ejemplo; el ingreso mensual y los datos relacionados al participante o a su familia. Sin embargo, es importante que responda a cada una de las preguntas con honestidad. Con esto la investigadora quiere buscar nuevas formas de aliviar el dolor crónico y entender de qué forma afecta la vida del paciente, para así fomentar un impacto entre los distintos profesionales en la forma en la que estudian, valoran, diagnostican y tratan este problema, según las necesidades de los pacientes.

Cada respuesta e información brindada con su participación, será anónima y respetando la confidencialidad de su persona, además, los datos obtenidos solamente serán utilizados para fines de la investigación. Su participación en este estudio es voluntaria y no posee remuneración económica. Tiene el derecho de negarse o a interrumpir su aporte en cualquier momento, si así lo desea. Al firmar su consentimiento, usted no perderá ningún derecho legal.

Si posee alguna pregunta, no dude en contactarse con la investigadora al correo electrónico [mariavaleriarivas20@hotmail.com](mailto:mariavaleriarivas20@hotmail.com)

He leído o me han leído toda la información descrita en la descripción, antes de dar mi consentimiento. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de estudio en esta investigación.

Nombre completo:

Número de cédula:

## ENCUESTA

### **Primera parte. Aspectos sociodemográficos y personales.**

Instrucciones. Coloque una equis “X” dentro de los paréntesis “()” en la opción que se asemeje a su situación actual o coloque la información solicitada después de los dos puntos “:”.

#### **P1. Edad**

1.  Entre 18 y 25 años.
2.  Entre 25 y 35 años.
3.  Entre 35 y 45 años.
4.  Entre 45 y 55 años.
5.  Entre 55 y 65 años.

#### **P2. Sexo**

1.  Femenino
2.  Masculino

#### **P3. Lugar de residencia**

1.  San José
2.  Heredia
3.  Alajuela
4.  Cartago

#### **P4. Grado académico**

1.  Ninguno
2.  Primaria incompleta
3.  Primaria completa
4.  Secundaria incompleta
5.  Secundaria completa

- 6.  Universidad incompleta
- 7.  Universidad completa
- 8.  Técnico

**P5. Ocupación:**

- 1.  Funcionario público.
- 2.  Funcionario privado.
- 3.  Trabajador independiente.
- 4.  Estudiante.
- 5.  Ama/o de casa.

**P6. Ingreso mensual en colones**

- 1.  Menos de 200.000 colones.
- 2.  Entre 201.000 y 400.000 colones.
- 3.  Entre 401.000 y 600.000 colones.
- 4.  Entre 601.000 y 800.000 colones.
- 5.  Más de 801.000 colones.

**P7. Enfermedad diagnosticada: \_\_\_\_\_**

**P8. ¿Cuándo fue diagnosticado?**

- 1.  Menos de 2 años.
- 2.  Entre 3 a 5 años.
- 3.  Entre 6 a 10 años.
- 4.  Más de 11 años

**Segunda parte. Aspectos relacionados a la sensación dolorosa.**

Instrucciones. Coloque una equis “X” dentro de los paréntesis “( )” en la opción que se asemeje a su situación actual o coloque la información solicitada después de los dos puntos “:”.

**P9. ¿Cuáles de los siguientes fármacos analgésicos ha utilizado usted? Puede elegir más de una respuesta** (Fármacos analgésicos hace referencia a los medicamentos indicados por el especialista para aliviar el dolor.)

- |                                    |                            |
|------------------------------------|----------------------------|
| 1. ( ) Ibuprofeno.                 | 8. ( ) Fentanilo.          |
| 2. ( ) Diclofenaco (Voltaren).     | 9. ( ) Diazepam.           |
| 3. ( ) Paracetamol (Acetaminofén). | 10. ( ) Clonazepam.        |
| 4. ( ) Paracetamol con codeína.    | 11. ( ) Lorazepam.         |
| 5. ( ) Tramadol (Tramal).          | 12. ( ) Amitriptilina.     |
| 6. ( ) Codeína.                    | 13. ( ) Otro. ¿Cuál? _____ |
| 7. ( ) Morfina.                    |                            |

**P 10. Relacionado al consumo de los medicamentos mencionados en la pregunta anterior, marque los efectos adversos que presenta o ha presentado con anterioridad al tomar el medicamento.**

- |   |  |
|---|--|
| 1. ( ) Pérdida de la efectividad del tratamiento. | 7. ( ) Vómitos.  |
| 2. ( ) Dependencia al tratamiento.                | 8. ( ) Mareos.   |
| 3. ( ) Aumento de la sensación dolorosa.          | 9. ( ) Prurito (Picazón).  |
| 4. ( ) Depresión.                                 | 10. ( ) Erupciones cutáneas (Ronchas, Rash, enrojecimiento de la piel, etc.) |
| 5. ( ) Estreñimiento.                             | 11. ( ) Cefalea (Dolor de cabeza)  |
| 6. ( ) Nauseas.                                   | 12. ( ) Dolor abdominal.   |

13.  Visión borrosa.

16.  Insomnio.

14.  Xerostomía (Resequedad en la boca).

17.  Ansiedad.

15.  Confusión.

18.  Agitación.

**P11. ¿Su dolor aumenta al realizar ciertos movimientos o colocarse en ciertas posiciones? Como por ejemplo caminar, estar de pie, hacer ejercicio o mantenerse acostado.**

1.  Sí.

2.  No.

**P12. ¿Lleva usted un diario de su dolor?** (El diario del dolor es una forma de recolectar información sobre la sensación dolorosa, el impacto que posee sobre la persona en diferentes aspectos, por ejemplo, la funcionabilidad laboral, patrones de sueño, estado de ánimo y comportamiento, entre otros y también, es donde se describe si el tratamiento está aliviando el dolor.)

1.  Sí.

2.  No.

**P13. ¿Usted ha sido valorado por un profesional de salud mental en algún momento desde su diagnóstico?** (Profesional de salud mental puede ser un enfermero de salud mental, un psicólogo o un médico psiquiatra.)

1.  Sí.

2.  No.

**P14. ¿Considera usted que el dolor afecta su salud mental? ¿De qué forma?**

---

---

---

---

**P15. ¿Son sus familiares una fuente de apoyo ante su sensación dolorosa?**

1.  Sí.

2.  No.

**P16. ¿Considera usted que el dolor afecta la relación con sus familiares? ¿De qué forma?**

---

---

---

---

**P17. ¿Considera usted que el dolor genera un problema en los siguientes aspectos de su vida? Puede marcar más de una respuesta.**

- |   |   |
|---|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Humor.                              | 5. <input type="checkbox"/> Relación con otros. (Sea de forma romántica, amistosa, laboral, familiar, etc.) |
| 2. <input type="checkbox"/> Patrón de sueño.                    | 6. <input type="checkbox"/> Actividades de la vida diaria.  |
| 3. <input type="checkbox"/> Capacidad de movimiento en general. | 7. <input type="checkbox"/> Disfrutar de la vida.   |
| 4. <input type="checkbox"/> Funcionabilidad laboral.            |   |

**Tercera Parte. Aspectos relacionados a las terapias complementarias.**

Instrucciones. Coloque una equis “X” dentro de los paréntesis “( )” en la opción que se asemeje a su situación actual o coloque la información solicitada después de los dos puntos “:”.

Entiéndase “Terapias complementarias” como aquellas actividades o **tratamientos no convencionales** (que **NO** son indicados por un médico) que se realizan o se consumen **en conjunto** con los tratamientos analgésicos tradicionales indicados por el médico...

**P18. ¿Ha escuchado/leído usted el término “Terapias complementarias”? Si su respuesta es “No” pase a la pregunta número 20.**

- |                                 |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> Sí. | 2. <input type="checkbox"/> No. |
|---------------------------------|---------------------------------|

**P19. ¿Dónde o a quién escuchó usted utilizar el término “Terapias complementarias”?**

- |  |   |
|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Personal de salud. (Enfermeros, médicos, asistentes de pacientes, fisioterapeutas, terapistas, etc.) | 2. <input type="checkbox"/> Familiares.         |
|  | 3. <input type="checkbox"/> Amigos o conocidos. |

4.  Internet, redes sociales, etc.

**P20. ¿Conoce usted o ha oído hablar de alguna de las siguientes terapias complementarias? Puede marcar más de una respuesta.**

1. <input type="checkbox"/> Aromaterapia.	9. <input type="checkbox"/> Terapia con luz.	17. <input type="checkbox"/> Reflexología (Presión en puntos estratégicos de los pies o manos)
2. <input type="checkbox"/> Musicoterapia.	10. <input type="checkbox"/> Terapia magnética.	18. <input type="checkbox"/> Masaje terapéutico/Fisioterapia.
3. <input type="checkbox"/> Risoterapia.	11. <input type="checkbox"/> Hipnosis.	19. <input type="checkbox"/> Ejercicio físico.
4. <input type="checkbox"/> Hidroterapia (Utiliza el agua)	12. <input type="checkbox"/> Yoga.	20. <input type="checkbox"/> Tai Chi. (Arte marcial de lentos movimientos)
5. <input type="checkbox"/> Psicoterapia.	13. <input type="checkbox"/> Meditación.	21. <input type="checkbox"/> Medicina Herbolaria (Uso de plantas medicinales)
6. <input type="checkbox"/> Balneoterapia. (Utiliza aguas termales o derivados volcánicos)	14. <input type="checkbox"/> Tacto curativo.	22. <input type="checkbox"/> Alimentación específica para el tipo de enfermedad.
7. <input type="checkbox"/> Crioterapia. (Utiliza el frío)	15. <input type="checkbox"/> Reiki. (Trata la energía)	23. <input type="checkbox"/> Otra. ¿Cuál? _____.
8. <input type="checkbox"/> Terapia asistida con animales.	16. <input type="checkbox"/> Acupuntura.	24. <input type="checkbox"/> No conoce ninguna terapia.

**P21. ¿De dónde obtuvo la información sobre las terapias complementarias que usted conoce?**

1.  Personal de Salud.

3.  Amigos o conocidos.

2.  Familiares.

4.  Internet, redes sociales, etc.

**P22. ¿Práctica usted alguna de las siguientes terapias? Si su respuesta es “No” pase a la pregunta número 28.**

1. <input type="checkbox"/> Aromaterapia.	9. <input type="checkbox"/> Terapia con luz.	17. <input type="checkbox"/> Reflexología (Presión en puntos estratégicos de los pies o manos)
2. <input type="checkbox"/> Musicoterapia.	10. <input type="checkbox"/> Terapia magnética.	18. <input type="checkbox"/> Masaje terapéutico/Fisioterapia.
3. <input type="checkbox"/> Risoterapia.	11. <input type="checkbox"/> Hipnosis.	19. <input type="checkbox"/> Ejercicio físico.
4. <input type="checkbox"/> Hidroterapia (Utiliza el agua)	12. <input type="checkbox"/> Yoga.	20. <input type="checkbox"/> Tai Chi. (Arte marcial de lentos movimientos)
5. <input type="checkbox"/> Psicoterapia.	13. <input type="checkbox"/> Meditación.	21. <input type="checkbox"/> Medicina Herbolaria (Uso de plantas medicinales)
6. <input type="checkbox"/> Balneoterapia. (Utiliza aguas termales o derivados volcánicos)	14. <input type="checkbox"/> Tacto curativo.	22. <input type="checkbox"/> Alimentación específica para el tipo de enfermedad.
7. <input type="checkbox"/> Crioterapia. (Utiliza el frío)	15. <input type="checkbox"/> Reiki. (Trata la energía)	23. <input type="checkbox"/> Otra. ¿Cuál? _____.
8. <input type="checkbox"/> Terapia asistida con animales.	16. <input type="checkbox"/> Acupuntura.	24. <input type="checkbox"/> No practica ninguna terapia.

**P23. ¿De qué forma aplica usted la terapia?**

1.  Recibe asistencia de un profesional.
2.  La realiza por sí mismo luego de leer las instrucciones en libros o revistas, físicos o digitales.
3.  Observa un video tutorial y luego sigue la rutina a detalle.
4.  Asiste a un centro especializado donde las terapias son grupales y además son guiadas por un profesional.
5.  Consulta a un amigo/conocido que practique la terapia y le pide que le enseñe como realizarla para hacerlo usted mismo.

**P24. ¿Por qué decidió utilizar o practicar la terapia?**

---

---

---

**P25. ¿Ha evidenciado algún cambio en su sensación dolorosa desde que inició el tratamiento complementario con la terapia? ¿De qué forma?**

---

---

---

**P26. ¿Está satisfecho con los resultados de la práctica de esta terapia?**

1.  Sí.
2.  No.

**P27. ¿Recomendaría su uso a otra persona que también padezca dolor crónico?**

1.  Sí.
2.  No.

**P28. ¿Cree usted que es necesario que la Caja Costarricense del Seguro Social implemente las terapias complementarias dentro de sus servicios?**

1.  Sí.
2.  No

**FIN DE LA ENCUESTA. ¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!**

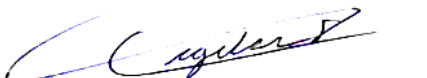
San José, 05 de febrero de 2021.

**Máster**  
**Vanessa Aguilar Zeledón**  
**Directora**  
**Carrera de Enfermería**  
**Universidad Hispanoamericana**

Estimada señora:

En la presente le informo que la estudiante, **María Valeria Rivas Villalobos** cédula de identidad número **1-1670-0765**, ha presentado el documento digital de la tesis denominada: “Conocimiento y prácticas sobre terapias complementarias para el manejo del dolor en usuarios con enfermedades crónico-degenerativas y la relación con la percepción de su salud mental y dinámica familiar, Valle Central, II Cuatrimestre de 2020.”, para efectos de revisión y comprobación. Tras su lectura, puedo dar fe que contiene todas las correcciones que el Tribunal Examinador indicó en el momento de la defensa oral, por lo que manifiesto mi aval como tutor para la entrega de documentos finales de graduación.

Atentamente:



**Dr. Argedis J. Cruz-Boza, Lic.**  
**Cédula identidad 1-1330-0648**  
**Carné Colegio Profesional E-9801**

**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA  
CENTRO DE INFORMACION TECNOLOGICO (CENIT)  
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA, LA  
REPRODUCCION PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA  
DE LOS TRABAJOS FINALES DE GRADUACION**

San José, viernes 06 de Febrero 2021

Señores:

Universidad Hispanoamericana  
Centro de Información Tecnológico (CENIT)

Estimados Señores:

El suscrito (a) María Valeria Rivas Villalobos con número de identificación 1-1670-0765 autor (a) del trabajo de graduación titulado "CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS SOBRE TERAPIAS COMPLEMENTARIAS PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN USUARIOS CON ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS Y LA RELACIÓN CON LA PERCEPCIÓN DE SU SALUD MENTAL Y DINÁMICA FAMILIAR, VALLE CENTRAL, II CUATRIMESTRE 2020" presentado y aprobado en el año 2021 como requisito para optar por el título de Licenciatura en Enfermería; Sí autorizo al Centro de Información Tecnológico (CENIT) para que con fines académicos, muestre a la comunidad universitaria la producción intelectual contenida en este documento.

De conformidad con lo establecido en la Ley sobre Derechos de Autor y Derechos Conexos N° 6683, Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica

Cordialmente,



Valeria Rivas Villalobos 1-1670-0765  
Firma y Documento de Identidad