



**Universitat**  
de les Illes Balears

**Título: PROYECTO DE UN INSTRUMENTO  
ORIENTADO A LA MEDICIÓN DE  
COMPETENCIAS ENFERMERAS EN LA GESTIÓN  
DEL DOLOR**

*AUTOR: Antonia Ballesteros Barrado*

**Trabajo de Fin de Máster**

Máster Universitario en Máster Universitario en Salud y Calidad de Vida  
De la

UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

Curso Académico 2018-2019

*Fecha Mayo 2019*

*Nombre Tutor del Trabajo Dr. Joan E. De Pedro Gómez*

“La inteligencia consiste no sólo en el conocimiento sino también en la destreza de aplicar los conocimientos en la práctica”

Aristóteles

**Resumen:**

Todas las personas en algún momento de su vida han sufrido o sufrirán dolor, de ahí la importancia del tema a tratar: es global y es universal.

El papel de la enfermera como prestador de cuidados, y su capacidad crítica respecto a éste fenómeno, le confiere una importante posición en la valoración y la gestión del dolor. No obstante; la complejidad del término hace que las competencias enfermeras, y la relación de apoyo en el cuidado, interfieran como barreras o facilitadores, por lo tanto; una mejora de dichas capacidades en relación con éste constructo podría mejorar la atención al dolor.

El presente proyecto, intenta describir el proceso de construcción, y posterior validación psicométrica de un nuevo instrumento, para poder medir las competencias y la relación de ayuda de las enfermeras, en relación con la atención al fenómeno del dolor, que cumpla con los estándares internacionales de calidad psicométrica y que permita evaluarlo, para posteriormente, poder articular programas de intervención. La bibliografía consultada, observa todos los elementos presentes en referencia a la gestión el dolor por parte de las enfermeras, cuyo fin es conocer en profundidad el fenómeno, integrando los diferentes aspectos que comportan las competencias enfermeras en la gestión del dolor y la relación de ayuda.

**Palabras clave:** Enfermera, Competencia, Dolor agudo, Dolor postoperatorio, Conducta de ayuda, relación profesional-paciente y cuestionarios

**Abstract:**

All people at some point in their life have suffered or will suffer pain, hence the importance of the topic to be treated: it is global and is universal.

The nurse's role as a caregiver, and her critical capacity with regard to this construct, gives her an important position in the assessment and management of pain.

Nevertheless; the complexity of the term means that nursing competencies and the support relationship in care, interfere as barriers or facilitators, therefore; improving skills in relation to this phenomenon can improve pain care.

The present project, tries to describe the process of construction and subsequent psychometric validation of a new instrument, to be able to measure the competences and the help relationship of the nurses, in relation to the attention to the pain phenomenon, that complies with the international standards of psychometric quality, and that allows to evaluate it, to later be able to articulate intervention programs.

The consulted bibliography, observes all the elements present in related to the management of pain by nursing, whose purpose is to know in depth the phenomenon, integrating the different aspects that involve nursing competencies in pain management and the help relationship.

**Key words:** Nurse, Clinical competence, Acute Pain , Pain Postoperative, Helping Behavior, Professional-patient relations and Surveys and questionnaires.

**INDICE:**

1. Resumen .....	3
Abstract.....	4
2. Palabras clave / Key Words.....	3-4
3. Abreviaturas. ....	7
4. Justificación y Contextualización.....	9
5. Fundamentación teórica y estado de la cuestión.....	13
5.1. Dolor Agudo Postoperatorio.....	14
5.1.1. El dolor se traduce en gasto.....	17
5.1.2. Contingencia dolor.....	17
5.2. Enfermería y DAP.....	19
5.3. Competencias.....	21
5.3.1. Competencias enfermeras en dolor.....	23
5.4. Relación de ayuda.....	25
5.4.1. El término relación de confianza.....	26
5.4. Herramientas dolor y enfermería .....	29
6. Estratègia Búsqueda bibliogràfica.....	30
6.1. Criterios de inclusión.....	37
6.2. Criterios de exclusión.....	38
7. Objetivos.....	38
8. Planteamiento de la investigación y Metodología.....	39
8.1. Operacionalización del constructo y desarrollo de herramientas.....	39
8.2. Administración de la herramienta.....	40
8.3. Proceso de validación psicométrica.....	41
8.4. Baremación del instrumento.....	43

8.5. Variables.....	43
8.6. Recogida de datos.....	43
8.7. Método de análisis.....	43
9. Limitaciones.....	44
10. Consideraciones éticas.....	45
11. Implicaciones para la práctica.....	46
12. Bibliografía.....	48
13. Anexos.....	59

**Abreviaturas:**

AFC: Análisis factorial confirmatorio

Alfa CED: Versión preliminar de CED-RA

APA: American Psychological Association

ASA: American Society of Anesthesiologists

ASEEDAR-TD: Asociación Española de Enfermeras de Anestesia Reanimación y Terapia del Dolor

ANOVA: Analysis of variance

CDQPM: Cuestionario de toma de decisiones clínicas para el manejo del dolor

CED-RA: constructo “Competencias enfermeras en dolor y Relación de apoyo”

CEI-IB: Comité de Ética e investigación de las Islas Baleares

CNR: Consejo de Representantes Nacionales

CPCI: Los Instrumentos de condiciones previas

DAP: dolor agudo postoperatorio

DeCS: Descriptores en Ciencias de la Salud

IASP: International Association for the Study of Pain

IFNA: The International Federation of Nurse Anesthetists

ITC: International Test Commission.

KAP: Version of Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain

KASRP: Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain

MeSH: Medical Subject Headings

NCME: National Council on Educational Measurement

NKAS o NKASRP: Versions of Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain

PIB: Producto interior bruto

PKQ: Conocimiento del Dolor Cuestionario

SEM: Structural Equation Modeling

SNS: Sistema Nacional de Salud

SPSS: Software para análisis estadístico

SIDA: síndrome de inmunodeficiencia adquirida

WHO: World Health Organization



#### 4. Justificación y Contextualización:

Se estima que 1 de cada 5 ciudadanos en el mundo sufre dolor. (Goldberg & McGee, 2011).

De los aproximadamente 740 millones de personas en Europa, 150 millones experimentan dolor en algún momento de su vida, cifra equiparable con la población de Alemania y Francia juntas (Eccleston, C., Wells, C., & Morlion, B. 2017).

En España, unos 6,1 millones de personas sufren dolor, es decir el 17,25% de la población adulta, de ellos un 6.95% refiere dolor a diario, o lo que es lo mismo 2,3 millones de personas, según reporte de “National Health and Wellness Survey 2010”, realizado por Kantar Health, con un total de cinco mil treinta y nueve respuestas analizadas (Langley, Ruiz-Iban, Molina, De Andrés, & Castellón, 2011).

El gasto económico estimado en España, para dolor crónico, es de aproximadamente unos 15.000 millones de euros, entre el 2-2,8% del producto interior bruto (PIB) (Caramés y Navarro, 2016). Las cifras en Europa, están en torno a más de 300 billones de euros, es decir entre el 1,5-3 por ciento del PIB (Pulido, 2018). Las cifras en costes del dolor son cuantiosas.

Los gastos directos, son visibles al poder traducirse en números, ya que se relacionan con gasto sanitario, como fármacos o ingresos hospitalarios entre otros. Pero no menos importantes, aunque no se hayan encontrado datos económicos al respecto, en la bibliografía consultada, son los gastos indirectos, entre los que se encuentran el absentismo laboral o la pérdida de calidad de vida del sujeto por ejemplo.

Todas las personas en algún momento de su vida han sufrido o sufrirán dolor, de ahí la importancia del tema a tratar: es global, es universal, afecta en todas las etapas de la vida y nadie está libre de su alcance. La Internacional Association for the Study of Pain

(IASP), y la World Health Organization (WHO), ya en 2004, citan el alivio al dolor como un derecho humano fundamental. (Cousins, Brennan & Carr, 2004; IASP, 2010).

Tras la declaración de Montreal, artículo 3, es manifiesto que todas las personas con dolor tienen derecho a una evaluación y un tratamiento adecuado del mismo por parte de profesionales de la salud debidamente capacitados. (IASP, 2010; Cousins & Lynch, 2011). No obstante, un gran número de pacientes se encuentra sin acceso a un manejo apropiado por la falta de capacitación de dichos profesionales (Cousins, 2012; Pergolizzi, Raffa & Taylor, 2014).

Existe una definición para el término dolor aceptado Internacionalmente desde 1979, la cual, ha sido objeto de evaluación hasta el momento actual, y es la dada por la IASP a partir de la definición dada en el mismo año por Merskey. (IASP, 1979, 1986, 1994, 2011, 2016),

“Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un daño tisular real o potencial, o que se describe en términos de dicho daño”

Conceptualizar el término dolor no es sencillo, pero a partir de esta definición se podría entender, que el componente subjetivo del dolor, la connotación de que no es solo una percepción nociceptiva, implica que en él, interfieren sensaciones, percepciones y conductas del individuo, pasando a ser una sensación desagradable para quien lo siente.

El papel de la enfermera como prestador de cuidados, le confiere una importante posición en la gestión del dolor, no obstante; la complejidad del fenómeno hace que la manera de abordarlo para las enfermeras no sea sencilla. La calidad de los cuidados del paciente con dolor, por tanto, en buena parte puede venir supeditada por el conocimiento, las actitudes y las habilidades, unido a las creencias preestablecidas de dichas enfermeras en torno a éste fenómeno. (Blondal & Halldorsdottir, 2009; Burns, 2009; Vickers, Wright & Staines, 2014). Dichos determinantes sirven para aumentar la

confianza del paciente en aquellos que brindan intervenciones para el manejo del dolor (Gregory & McGowan, 2016).

Los proveedores de atención médica, en las cuales están incluidas las enfermeras; son en gran medida responsables directos de la prevalencia, e incluso de la persistencia, del dolor motivado por prácticas inadecuadas en la gestión del mismo (Carlson, 2008).

En la literatura revisada, se analiza cómo el conocimiento, las actitudes y las habilidades, infieren directamente en el alivio del dolor, es decir, estos tres elementos, conforman la capacitación necesaria para que las enfermeras, desarrollen una capacidad crítica en referencia a la toma de decisiones cuando se enfrentan al fenómeno dolor.

Si estos componentes descritos influyen en el manejo del dolor, la relación de confianza o el apoyo en el cuidado, el cual integra elementos de empatía y compasión, podría verse comprometido bajo la sospecha de que dependiendo cómo surjan, y de las actitudes de dichas enfermeras, el alivio del paciente puede estar mediatizado por las enfermeras a cargo del mismo.

La naturaleza de la profesión de la enfermera, se basa, en la relación que se establece entre enfermera-usuario, es decir; el determinante clave de ésta profesión, es la relación en sí misma, por ello, la empatía es condición indispensable, aceptando al usuario de forma incondicional a través de la autenticidad. Sin estas actitudes, no es posible establecer una relación terapéutica adecuada con el paciente, pues de lo contrario, no estaríamos ayudando a que el usuario se desarrolle. (Muñoz et al., 2014).

La capacidad crítica de las enfermeras, tiene como resultado, la toma de decisiones sobre el dolor, sus actitudes y creencias serán barreras o facilitadores, ya que influyen en el proceso, por lo tanto; una mejora de las capacidades de pensamiento crítico en relación con éste fenómeno, puede mejorar la atención al dolor (Latimer et al., 2010).

El presente trabajo, surgió como resultado de profundizar en aquellos factores, que enmarcan la forma de proceder de las enfermeras, cuando gestionan el dolor de los pacientes. Las diferentes actuaciones, podrían venir determinadas en parte, por cómo se desarrolle la relación de confianza con los pacientes, y por otra; no menos importante, podrían establecerse por las propias competencias que dichas enfermeras tengan en relación a éste constructo.

Actualmente se están utilizando diferentes herramientas para evaluar los conocimientos, actitudes; percepción, formación y manejo del dolor en enfermeras, respecto al dolor. La más utilizada internacionalmente es “Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain” desarrollada por Ferrel y McCaffery en 1987 y revisada en 2012, que mide conocimientos y actitudes. Sin embargo, la mayoría de los instrumentos desarrollados hasta el momento, y usados internacionalmente, tan sólo cuentan con traducción validada al español, careciendo de un proceso psicométrico de validación al entorno cultural, indistintamente, ninguno de ellos integra la visión completa de las competencias enfermeras en éste ámbito: Conocimientos, Actitudes y Habilidades. Tampoco contemplan, cómo éstas competencias, interfieren con la relación de confianza o el apoyo en el cuidado.

Por consiguiente, implica la necesidad de una reflexión más profunda sobre cómo estos procesos se entrecruzan, y generar así, una unificación de criterios para la valoración y manejo del dolor del paciente, desde la mejor evidencia científica posible; lo cual, pasa irremediabilmente por la capacitación del profesional, al dotarle de competencias necesarias para mejorar la calidad asistencial y garantizar la seguridad del paciente, proporcionando una relación de ayuda adecuada.

El proyecto, se ha diseñado tras una exhaustiva revisión bibliográfica, cuya intención ha sido observar todos los elementos presentes, y conocer en profundidad, el fenómeno

integrando los diferentes aspectos que según nuestra hipótesis, conforman el constructo teórico, que condiciona la competencia enfermera en la gestión del dolor, y la necesaria relación de confianza o apoyo en el cuidado. De la revisión, surge la necesidad de elaborar y validar un instrumento fiable, actual e integrador, con el que poder medir las competencias, para atender a las personas con dolor, definiendo el estudio y la propuesta de investigación.

Con la realización de éste proyecto, pretendemos aportar un instrumento, que permita identificar las áreas de implementación para la mejora de las competencias enfermeras del dolor, y la relación de ayuda; ya que proporcionará una herramienta fiable, que permitirá contrastar aquellas personas que precisan mejorar, aportando conocimiento científico sobre ésta materia, a través del cual se podrán diseñar estrategias de mejora en la prestación de servicios al usuario.

## **5. Fundamentación teórica y estado de la cuestión:**

El dolor, es un constructo por sí mismo que acompaña a la persona desde el momento del nacimiento. Según Bonica (1990) no entiende de etnias o civilizaciones. Es común a toda la humanidad.

En España, en 2014, se presentó el Documento Marco para la mejora del abordaje del dolor en el Sistema Nacional de Salud (SNS), dicho documento, diferencia el tipo de dolor con una clasificación transversal muy sencilla: Agudo y Crónico.

El dolor agudo es considerado un síntoma, pero el crónico se contempla como una enfermedad.

Según cita dicho documento:

“El dolor agudo asociado con intervenciones quirúrgicas, lesiones y otras condiciones puede producir complicaciones, incluido el riesgo de progresión a dolor

crónico. Las acciones para mejorar el abordaje del dolor agudo y la identificación precoz de pacientes a riesgo de desarrollar dolor crónico pueden ayudar a avanzar en la prevención y en la disminución de la prevalencia de dolor crónico” (pag.6).

Posteriormente, se desarrollará más detalladamente, la importancia y las implicaciones que conllevan un mal control del DAP. Estas implicaciones, son relevantes; tanto para la calidad de vida de los sujetos, como para costes que genera en el SNS, al ser uno de los motivos más frecuentes de utilización de los servicios de salud. La magnitud del DAP, le da una indiscutible importancia sobre otros tipos de dolor que pueden encontrarse en la literatura.

### **5.1. Dolor Agudo Postoperatorio**

Según la American Society of Anesthesiologists (ASA), el DAP es “El dolor que se presenta en un paciente después de un procedimiento quirúrgico. Dicho dolor surge como consecuencia del procedimiento quirúrgico en sí, o de las posibles complicaciones” (ASA, 2012).

El DAP para el cerebro, es una indicación de un daño tisular y de estímulos nocivos en el organismo, es decir un dolor somático; transmitido por el sistema nervioso periférico tras la lesión, lo cual, es útil para el organismo y el individuo que lo padece, ya que es un síntoma de daño en los tejidos, por lo que dicho individuo solicitará ayuda para solucionarlo. Otra característica, es que está correlacionado con la patología desencadenante y la evolución de la misma, por lo que a través de su curso natural, irá disminuyendo con la curación de la lesión. Del mismo modo debe desaparecer cuando remita la causa que lo provocó. No obstante, en algunos pacientes este dolor se mantiene en el tiempo variando sus características y empeorando la calidad de vida de los mismos, es el denominado dolor crónico.

Se estima que 240 millones de ciudadanos en el mundo, se someten a cirugía mayor, de ellos un alto porcentaje, alrededor del 50% refieren tras la operación dolor moderado o grave, lo que indica que su manejo no es el adecuado (Maier et al., 2010, Zaslansky et al., 2014, 2019). Existe evidencia de la relación entre un dolor grave y la aparición de dolor crónico posteriormente (Chapman, 2017). El manejo eficaz del DAP, sería una estrategia de prevención del dolor crónico (Radnovich et al, 2014)

Las cifras en España, según los últimos datos publicados por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social en su página web en el 2016, indica que se realizaron 4 millones de operaciones quirúrgicas al año en el sector público sanitario, es decir, 77,5 intervenciones por cada mil habitantes.

Si se toma en consideración, que todos los pacientes sometidos a una cirugía van a tener dolor, las cifras hablan por sí solas. 4 millones de españoles sufrieron dolor agudo postoperatorio en 2016.

Langley, et al en 2011, cifran en un 28.80% la población Española con dolor por cirugía o dolor por procedimiento médico.

El tratamiento insuficiente del DAP, plantea un problema persistente para quienes lo experimentan, al degenerar en dolor crónico con consecuencias sociales y de salud, cuya prevalencia, da una imagen de la magnitud del problema. Se estima una prevalencia de dolor crónico en Europa de un 20% de la población (Goldberg & McGee, 2011). En España éstas cifras se estiman en un 23.4% de la población (Langley et al, 2011)

Entre los efectos nocivos de un inadecuado tratamiento del DAP se puede citar el sufrimiento, un mayor índice de complicaciones en el postoperatorio inmediato; en la morbilidad o en las repercusiones que conllevan a nivel cardiovascular, inmunológico, trombosis y mala cicatrización entre otros (Al-Atiyyat, 2008; Francis & Fitzpatrick,

2013; Moreno-Monsiváis, Muñoz Rodríguez, & Interrial-Guzman, 2014; Rawal, 2016).

También se observa un enlentecimiento de la recuperación quirúrgica, siendo una de las tres causas que retrasan el alta hospitalaria, una disminución de la calidad de vida del paciente y por consiguiente aumento del costo sanitario. (Chapman, Stevens & Lipman, 2013; Eccleston, Wells & Morlion, 2017; Goldberg & McGee, 2011, Esteve, Sansaloni, Verd, Ribera y Mora, 2017; Taylor et al., 2013, Vadivelu, Mitra & Narayan, 2010).

Una mala gestión del DAP, eleva la aparición de dolor crónico en los meses posteriores a la cirugía, tiene repercusiones fisiológicas, familiares, sociales, psicológicas y económicas es el sistema de salud (Campos et al., 2016; Cousins, 2012; Chapman, 2017; Gewandter, 2015; Werner & Kongsgaard, 2014; Zaslansky et al., 2019) . En España, el 53% de personas con dolor crónico intenso, manifiestan que se han visto obligados a reducir sus actividades sociales. (Langley, Ruiz-Iban, Molina, De Andres, & Castellón, 2011).

A nivel Mundial, el dolor crónico produce más discapacidad que el cáncer, las enfermedades cardíacas, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y los accidentes cerebro vasculares en su totalidad. (Loeser, 2012). En América, dicha discapacidad, supera cifras de cáncer, ataques cardíacos y diabetes juntos (Chapman, 2017). Este tipo de dolor, genera bajas por incapacidad y jubilaciones por invalidez prematuras (Saastamoinen, et al., 2012). En la encuesta realizada por Pain Alliance Europe en 2017, con una muestra de cuatro mil quinientas ochenta y ocho encuestas, realizadas en 17 países, el 50% de los pacientes con dolor crónico no podían realizar su trabajo, un 15% lo hacía esporádicamente y solo el 35% trabajaba a tiempo completo. El resultado es que 2, de cada 3 pacientes, vieron disminuida su fuente de ingresos, con la implicación en la vida para el sujeto que este dato supone.



### **5.1.1. El dolor se traduce en gasto:**

Las cifras en costes del dolor son cuantiosas.

Los gastos directos son visibles al poder traducirse en números ya que se relacionan con gasto sanitario, como por ejemplo, fármacos o ingresos hospitalarios entre otros. Pero no menos importantes, aunque no se hayan encontrado datos económicos al respecto en la bibliografía consultada, son los gastos indirectos entre los que se encuentran el absentismo laboral o la pérdida de calidad de vida del sujeto.

Se estima un coste económico en España, para el dolor crónico de aproximadamente unos 15.000 millones de euros o lo que es lo mismo entre el 2-2,8% del producto interior bruto (PIB). (Caramés y Navarro, 2016).

Las cifras en Europa están en torno a más de 300 billones de euros, es decir entre el 1,5-3 por ciento del PIB (Pulido, 2018).

### **5.1.2. Contingencia del dolor:**

La ocurrencia de dolor crónico, se sitúa entre 1 o 2 pacientes de cada 10 intervenciones quirúrgicas, señalándose como dolor intenso en un 2,2% de los mismos al año de la cirugía (Fletcher, 2015)

En un 50% de pacientes sometidos a cirugía, el dolor no es aliviado correctamente, aunque se disponga de métodos para su control, éstas cifras, son equiparables a las reportadas en pacientes con dolor por cáncer (Cousins, 2012). Tras una revisión sistemática realizada en 2016, por Gregory & McGowan cuya intención, fue determinar la prevalencia de DAP en adultos hospitalizados, identificando las cifras del considerado como inaceptable o severo, se sopesan cifras de DAP con una prevalencia hospitalaria de una amplia variabilidad entre 37% y un 84% (ya sea leve, moderado o intenso) y en referencia al dolor severo, las cifras oscilan entre un 9% y un 36%. El

problema subyace independientemente de la intensidad de dicho dolor. Los pacientes reportan dolor, lo cual es un síntoma significativo de que su abordaje no es el adecuado. No es fácil delimitar cuánto tiempo sería razonable que un paciente conviviese con éste tipo de dolor, ya que su variabilidad, viene determinada por diferentes factores, como son el propio acto quirúrgico (intervención y técnica quirúrgica), la técnica anestésica empleada y por último las características intrínsecas del propio paciente.( Chapman, Donaldson, Davis &Bradshaw,2011). Si bien éste tipo de dolor surge como síntoma o manifestación de lesión tisular, cuando persiste en un tiempo superior a tres meses, pasa a denominarse dolor crónico. Esta nueva nomenclatura se contempla ya como enfermedad en sí misma, es de abordaje difícil, y con frecuencia causa repercusiones negativas sobre la funcionalidad y la calidad de vida del paciente (Roth et al., 2017; Werner & Kongsgaard, 2014).

Las actuales recomendaciones para control del DAP, parten de la premisa de un planteamiento que debería iniciarse dentro del entorno peri operatorio, basándose en la evaluación del paciente, y estableciéndose un plan de atención individualizado, tanto al individuo como al procedimiento quirúrgico.( Chou et al., 2016). El fundamento de ésta denominada «analgésia preventiva» (denominación en España), es el descenso del dolor con la intención de reducir tanto el uso de analgésicos, como los efectos adversos asociados a una mala gestión del dolor promoviendo así el alta hospitalaria (Covarrubias, 2013).

Partiendo de ésta recomendación, ya en el preoperatorio, se debería iniciar la llamada analgesia multimodal, además, también se debería facilitar toda la información referente a las opciones analgésicas y los posibles efectos adversos. El sentido de éste planteamiento, es la toma de decisiones conjunta con el paciente, cuyo fin, es disminuir

la ansiedad y el miedo al dolor postoperatorio. (Marrón-Peña, Mille-Loera, Aréchiga-Ornelas & Mejía-Terrazas, 2014).

El entorno o período perioperatorio engloba tres momentos: (Sillero & Zabalegui, 2018):

-Preoperatorio: período que comprende desde la decisión de una intervención hasta el traslado a quirófano.

-Intraoperatorio: Tiempo quirúrgico (acto quirúrgico) hasta el traslado a la sala de recuperación

-Postoperatorio: Inicio en la sala de recuperación, éste se divide de nuevo en tres tiempos: (Royse et al., 2010)

- Inmediato: Hasta el momento del alta de la unidad postanestésica
- Tardío: Primera semana post-cirugía
- Largo plazo: A partir de la primera semana hasta tres meses.

## **5.2. Enfermería y DAP:**

La complejidad del DAP, hace que la manera de abordarlo para las enfermeras no sea sencilla, ya que diferentes factores influyen en él, por una parte se observa el componente subjetivo intrínseco del paciente, por otra, se puede encontrar el llamado obstáculo institucional, el cual puede venir delimitado por la carga asistencial de dicha enfermera o las guías y/o protocolos de la institución en la cual se desarrolle dicho fenómeno. Otra barrera no menos importante, podría deberse al hecho de que las enfermeras dependen de una prescripción médica para poder administrar fármacos, estén en discrepancia, o no, con dicha prescripción. la literatura describe una falta de cooperación, entre enfermera y médico, éste hecho es cuanto menos preocupante, ya que la evaluación y el tratamiento del dolor por parte de las enfermeras depende de la

colaboración con los médicos ( Cascinu *et al.* 2003 , Van Niekerk & Martin 2003a, b , Miaskowski 2004 ). Dicha situación, puede desencadenar un tratamiento inadecuado del dolor.

A todos estos factores, hay que sumar posibles limitaciones, como son el déficit de conocimientos para el manejo del dolor, o las creencias preestablecidas de dichas enfermeras en torno a éste fenómeno. (Blondal & Halldorsdottir, 2009; Burns, 2009; Vickers, Wright & Staines, 2014). Hace falta tomar consciencia del componente educacional del personal, como factor determinante para mejorar los resultados de los pacientes (Zaslansky *et al.*, 2019). La falta de programas bien diseñados de analgesia postoperatoria y la poca importancia que se ha dado al dolor en el pasado, es otro factor (Millie-Loera, Mejía-Terrazas, Aréchiga-Ornelas & Marrón-Peña, 2014). La dilución de la responsabilidad, en el manejo del dolor a través de diferentes departamentos hospitalarios puede contemplarse como una transición desfavorecedora (Meissner *et al.*, 2015).

La calidad en el tratamiento del dolor, puede venir supeditada por el conocimiento, las actitudes y las habilidades de los enfermeros. Dichos determinantes sirven para aumentar la confianza del paciente en aquellos que brindan intervenciones para el manejo del dolor (Gregory & McGowan, 2016).

En la literatura se analiza cómo estos tres componentes (conocimiento, actitudes y habilidades) infieren directamente en el alivio del dolor.

La competencia incluye: Querer, saber y poder o lo que es lo mismo: Habilidades, Actitudes y Conocimientos.

### 5.3. Competencias:

No es sencillo definir el término competencia, es un término amplio que abarca desde estándares profesionales, roles, sistemas de acreditación o de desempeño, hasta niveles de práctica profesional o de gestión entre otros. Lo que sí está claro, es que las competencias proporcionan un elemento clave para el avance, la competitividad, y logro organizacional; resuelven las condiciones previas de la eficacia profesional y fundamentan el entorno del aprendizaje (Sastre, 2017)

El término competencia en salud fue definido por Epstein y Hundert (2002) los cuales esclarecen que incluye

“El uso habitual y juicioso de la comunicación, el conocimiento, las habilidades técnicas, el razonamiento clínico, las emociones, los valores y la reflexión en la práctica diaria para el beneficio del individuo y la comunidad a la que se sirve”( p. 226)

Definición amplia y confusa a la vez. El término competente, también significa, ámbito de responsabilidad disciplinar o área profesional en el que la ley confiere el derecho a tomar decisiones autónomas.

Dicha competencia, surge como resultado de la educación que genera capacidad para actuar con eficacia, ante las diferentes situaciones clínicas. Al mismo tiempo, incluye cualidades de actitud y afectividad (Gordon, Watt-Watson, Hogans & Beth, 2018).

Debido a que las competencias se han desarrollado ampliamente en los países anglosajones, se hace necesario nombrar, que hay una distinción entre dos términos similares y confusos por su interrelación: Competency: hace referencia al comportamiento de la persona en su desempeño profesional, y por otra parte Competence: habilidad del sujeto para realizar las tareas o desempeño del rol profesional (Whiddett & Hollyforde, 2003).

Es decir, del término “Competency” (plural competencies) no pueden garantizar que los trabajadores se desempeñen su competencia individual adecuadamente. (Sanghi, 2019).

Sin embargo, en el entorno español, parece no existir esa confusión de términos, porque el Ministerio de Sanidad y Consumo en 2003, en su artículo 42 de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud habla del término competencia profesional como Competence.

“La aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión para resolver las situaciones que se le plantean”.

De nuevo queda patente, que la competencia requiere: Habilidades, Actitudes y Conocimientos: Conocimientos (saber), Habilidades (saber hacer); Actitudes (saber ser). La asociación a las buenas prácticas incluyen también: Motivación (querer hacer), Aptitud profesional y Medios (poder hacer) (Sastre, 2017).

Las Habilidades explican el desempeño de la enfermera, para algunos autores lo reflejan como el Know-how, es decir, capacidades cognitivas y conductuales.

Actitudes, se podrían expresar, como la capacidad de reflexionar sobre las percepciones que surgen de las actividades, y cómo se decide de acuerdo a ésta actitud, o lo que es lo mismo lo que la persona piensa, valora, hace o está interesada en hacer. (Luntley, 2011).

Los Conocimientos, son la información que el profesional tiene en relación con un área específica. Enmarcando éstos conocimientos, están las técnicas en sí, las relaciones interprofesionales, el entrenamiento y la noción que tenga dicho profesional sobre medios informáticos, los diferentes servicios, o la organización en la cual desempeñe su prestación.

Por tanto, se podría decir que las competencias son una condición fundamental para el desarrollo profesional, la eficacia y la eficiencia condicionando el éxito organizacional a través del aprendizaje y la capacitación. (Sanghi, 2019). En otras palabras, las competencias dotan al profesional de la capacidad para enfrentarse a contextos profesionales cambiantes, relacionados intrínsecamente con el marco organizativo en el cual se desarrolle dicho trabajo.

### **5.3.1. Competencias enfermeras en dolor:**

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011), en su anexo 5 hace referencia a las competencias de las enfermeras en las unidades de dolor señalando que:

“El ámbito de competencia del profesional de enfermería articula dos elementos fundamentales: la competencia clínica y la responsabilidad profesional” (p.127)

Desarrolla que la competencia clínica, incluye características individuales (habilidad, razonamiento; capacidad de relación y sensibilidad entre otras). Esta competencia, incluye habilidades comunicativas y de relación, para establecer relaciones de confianza con el paciente. La responsabilidad profesional de la enfermera, implica sus propias áreas de actividad, y aquellas compartidas con otros profesionales del equipo.

Desde esta perspectiva, la competencia profesional tiene un impacto directo sobre los resultados clínicos del paciente.

La asociación Española de Enfermeras de Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor (ASEEDAR-TD), comparte los estándares de competencia para enfermeras en dolor, que siguen los requisitos elaborados por The International Federation of Nurse Anesthetists (IFNA), en 2012, entre los que se establece, la necesidad de una formación de postgrado reglada, y tutelada tras la cual, los enfermeros demuestren las competencias adquiridas, traducidas en habilidades y técnicas requeridas para una

práctica competente. Peix y Pérez, 2012; Horton, Anang, Riesen, Yang & Björkelund, 2014 ).

La variabilidad formativa, y el reconocimiento, o no, sobre la especialización de la enfermera de anestesia a nivel internacional, hizo que IFNA, revisase en 2016, los estándares de dichas competencias, con la intención de establecer equivalencias a nivel global, aprobado por el Consejo de Representantes Nacionales (CNR), y servir así de referencias globales para la validación a nivel nacional. Establecen cinco competencias básicas en las profesiones de salud: Atención centrada en el paciente, trabajo como parte de equipos interdisciplinarios; practicar la asistencia médica basada en la evidencia, focalizar la mejora de la calidad y por último el uso de la tecnología de la información. Para IFNA las competencias muestran actitudes, habilidades, conocimientos. (IFNA, 2016; Meeusen, Ouellette & Horton, 2016)

Dependiendo de los individuos, pueden presentarse o no dichas competencias, es decir, hay un factor de variabilidad entre sujetos (Boyatzis, 1982). McClelland en 1973, se sirvió de entrevistas semiestructuradas para describir las diferencias en el desempeño de los sujetos exitosos y los suficientes. Ambos trabajos, contextualizan los sistemas de evaluación de competencias modernos, el cual está centrado en los indicadores de conducta (comportamientos). En la misma línea de trabajo, Spencer & Spencer en 1993 destacan cinco elementos competenciales:

**MOTIVACIONES:** lo que el individuo piensa o quiere, lo cual le lleva a emprender acciones determinadas. Conducen, dirigen o seleccionan determinados comportamientos hacia metas o acciones concretas.

**CARACTERÍSTICAS PERSONALES:** Comprenden las características físicas como las respuestas generadas frente a determinadas situaciones o información.

**AUTOCONCEPTO:** Aquellas actitudes, valores o la imagen propia de la persona en



relación a lo que la persona piensa, valora, hace, o está interesada en hacer.

**CONOCIMIENTOS:** Se refiere a la información que una persona posee en una determinada área. Enmarca tanto las relaciones personales, como la parte técnica.

**CAPACIDADES COGNITIVAS Y CONDUCTUALES:** La posibilidad de llevar a cabo determinadas tareas físicas o mentales. (Sastre, 2017)

Desde esta perspectiva, la competencia profesional tiene un impacto directo sobre los resultados clínicos del paciente con dolor.

Las actitudes de las enfermeras en la gestión del dolor no sólo están mediatizadas por sus conocimientos y habilidades (capacidades cognitivo/conductuales o motivación) sino también por sus características personales y su propio autoconcepto.

Si estos componentes descritos influyen en el manejo del dolor, la relación de confianza o el apoyo en el cuidado, el cual integra elementos de empatía y compasión, podría verse comprometido bajo la sospecha de que dependiendo cómo surjan y de las actitudes de dichas enfermeras, el alivio del paciente puede estar mediatizado por las enfermeras a cargo del mismo.

#### **5.4. Relación de ayuda**

La relación enfermera-paciente comprende éste término, por lo cual, no lo podemos obviar para poder enmarcarlo posteriormente en el paciente con dolor. Esta relación, nace como consecuencia en un momento de salud o enfermedad, en el cual, el paciente presenta una necesidad de ayuda y la enfermera inicia un proceso de ayuda.

Es, en éste momento, cuando se genera una relación o dependencia que “crea responsabilidades éticas únicas en términos del papel de ayuda y las formas de cuidado incrustado en ella”. Las características propias de éste cuidado, emergen cuando la

persona no puede realizar de manera independiente su autocuidado (Carter, 2009, p.393).

Aunque éste tipo de relación se puede encontrar definido de distintas formas (relación terapéutica, sanitaria, empática o de cuidado por ejemplo), lo que realmente la define, es el proceso individualizado de acompañamiento y cuidado del paciente, atendiendo a las necesidades que éste presente, y cuyo cometido final, es la mejora de la calidad de vida de los mismos (García-Rueda, Errasti-Ibarrondo & Solabarrieta, 2016).

La relación de ayuda es en sí misma, una relación interpersonal, por lo tanto un término complejo y que no está exento de conflictos (Sansó, 2014).

Pellegrino (1985), conforma que existen cuatro sentidos para el término cuidar: la compasión, la acción para ayudar a la persona a ser autónoma, la confianza en los profesionales, y poner a la persona en el centro de nuestra acción.

Cuidar sería entonces acompañar, cuya definición: "caminar al lado del paciente, compartir con él los pensamientos sin confundirse con él, es arriesgarse hasta el punto en que uno se pregunta quién acompaña a quién, es reconocer, en tanto que cuidador, que el enfermo le enseñe, le transmite: le forma" (Llanos, 1990). A este acompañamiento se le denomina Relación de ayuda, que a su vez entraña otros elementos. (Muñoz et al., 2014)

#### **5.4.1. El término relación de confianza**

La relación enfermera-paciente es considerada por las enfermeras como "una confianza sagrada y privilegiada"(Carter, 2009, p.393).

La relación de confianza se describe en todos los modelos enfermeros, es directamente proporcional a las expectativas de los pacientes, mediatizada por las relaciones

interpersonales y sistemas institucionales. Otro factor a tener en cuenta son los rasgos que la determinan, la manera en la que se desarrolla o las condiciones en que se basa.

La característica más definitoria del vínculo de confianza entre enfermera-paciente es que es totalmente individualizado y centrado en ese momento y con ese paciente.

(García-Rueda, Errasti-Ibarrondo & Solabarrieta, 2016)

Las enfermeras generan confianza en los pacientes a través de sus competencias, pero qué sucedería si se pusieran en entredicho éstas por falta de formación, actualización o la propia percepción del dolor, por ejemplo.

La evaluación y el control exitosos del dolor en última instancia dependen de una relación positiva y de confianza entre la enfermera y el paciente. (Ortiz, Carr&Dikareva, 2014).

Es necesaria confianza en la enfermera que evalúa el dolor, ya que esto implica una apreciación crítica del mismo, para poder así proporcionar intervenciones basadas en evidencia tras dicha evaluación. (Gregory & McGowan, 2016).

El contacto en el entorno perioperatorio es corto, pero de alta intensidad, creando éste vínculo enfermera-paciente. (Galuska, 2016).

Las enfermeras, ocupan un lugar único en el manejo del dolor ,ya que lo evalúan, monitorean e inician acciones para su control (como administración de fármacos o educación en posturas antiálgicas) (Melloti et al., 2012). Momento delicado el de iniciar acciones y el de la evaluación, el cual puede verse afectado en éste acompañamiento, por una serie de características o elementos que pueden influir en la toma de decisiones enfermeras.

La invisibilidad del dolor puede afectar la relación de confianza, de no producirse una situación empática en la que el paciente sienta validación de su situación por el prestador de cuidados, la alianza terapéutica puede no llegar a formarse.

Los cuidados centrados en el paciente con dolor, tienen reconocidos efectos terapéuticos. Incluyen confianza, comunicación, comprensión, empatía y fomento del autocuidado (Collen, 2014).

Tras un estudio se comprobó que los pacientes con puntuaciones más altas en dolor, recibieron más cuidados de apoyo, y los pacientes con más intensidad, calificaron más alto los comportamientos percibidos de cuidado, obteniendo correlación estadísticamente significativa de dolor y conductas de cuidado (Papastavrou, Efstathiou & Charalambous, 2011).

Para un manejo eficaz del dolor, las intervenciones terapéuticas se deben basar en la continua relación de colaboración entre pacientes y proveedores de cuidados. La atención centrada en el paciente disminuye la insatisfacción, lo cual requiere comprensión de los objetivos, preferencias y expectativas de los pacientes. (Chou et al., 2018)

Diversas situaciones, pueden provocar en el proveedor de cuidado que no crea o confíe en sus pacientes, en la literatura escasos estudios miden qué es lo que sucede de darse ésta situación, se deberían observar cómo afecta o interfiere en el proceso de ayuda en el cuidado. (Collen, 2014).

McCaffery y Ferrell (2000), manifiestan que las creencias personales de las enfermeras, influyen en sus decisiones sobre el manejo del dolor, incluso más que los reportes dados por los pacientes. Es una clara evidencia de que las actitudes de las enfermeras influyen en el dolor de sus pacientes.

Una demanda de analgesia por encima de lo considerado “normal” hace dudar de la honestidad del paciente al referir su dolor (Blondal, & Halldorsdottir ,2009)

La capacidad crítica de las enfermeras, tiene como resultado la toma de decisiones sobre el dolor, sus actitudes y creencias serán barreras o facilitadores ya que influyen en el

proceso, por lo tanto, una mejora de las capacidades de pensamiento crítico en relación con todo esto, puede mejorar la atención al dolor. (Latimer et al., 2010)

### **5.5. Herramientas dolor y enfermería:**

Actualmente se están utilizando diferentes cuestionarios para evaluar los conocimientos, actitudes; percepción, formación y gestión en enfermeras respecto al dolor, los cuales han sido revisados para identificar y evaluar su contenido en referencia del tema que nos ocupa. Citándose los más importantes por orden cronológico: “Manejo del Dolor: Encuesta de Conocimiento y Actitud de las Enfermeras” (Ferrell et al. 1991), “Cuestionario de Barreras” (Ward et al. 1993), “Encuesta de Enfermeras del Personal sobre Barreras para el Manejo Efectivo del Dolor” (Wallance et al, 1995).” El conocimiento y la Encuesta de actitudes en relación con el dolor” (KASRP) ( Ferrel & McCaffery 1987), Schaufheutle et al, en 2001 abordaba “Las necesidades / problemas sentidos por las enfermeras como una barrera para cambiar las prácticas de manejo del dolor”, en el que utilizan el cuestionario de Ferrell, BR & Leek, C. ( 1990 ) sobre “Conocimientos y actitudes” el cual fue modificado para el estudio, pero no se validó . “Conocimiento del Dolor Cuestionario” (PKQ) ( Brockopp et al. 2003, 2004 ) y “Cuestionario de toma de decisiones clínicas para el manejo del dolor” (CDQPM) (Brockopp et al. 2003, 2004 ), CPCI desarrollado por Carlson en 2008 y denominado “Los Instrumentos de condiciones previas”.

En 1995 Wallance et al, elaboran un cuestionario liker de cuatro puntos, para investigar las percepciones de las enfermeras sobre las barreras para el manejo del dolor, incluida la falta de preparación educativa; insuficiencia de las habilidades de práctica clínica; y ciertos problemas legales / políticos, financieros y éticos. El cuestionario de Ward et al de 1993 versa sobre dolor por cáncer. Los cuestionarios de PKQ y CDQPM, se centran

en las actitudes respecto a la toma de decisiones, en concreto, si nociones preconcebidas con respecto al diagnóstico / edad de los pacientes, influyeron en la toma de decisiones de las enfermeras en relación con el tratamiento del dolor. CPCI, consta de cuatro instrumentos, que miden las condiciones previas que influyen en las decisiones de las enfermeras, para adoptar prácticas de manejo del dolor basadas en la evidencia: Práctica Anterior, las necesidades sentidas / problemas, capacidad de innovación y de las normas del sistema social aunque todos los constructos fueron validados no así la validez de constructo combinando todos los ítems en un solo instrumento.

El cuestionario KASRP, es sin lugar a dudas, el más utilizado y versionado, siendo un herramienta diseñada para discriminar entre los niveles de experiencia de las enfermeras respecto al dolor, tiene un enfoque hacia el dolor de cáncer, pero ha sido versionado y utilizado para cualquier tipo de dolor, como por ejemplo el cuestionario KAP el cual propone que cualquier práctica está influenciada por los dos constructos de la actitud y el conocimiento. Se encuentran también, como versiones los cuestionarios NKAS o NKASRP, en España es usado por Salvadó-Hernandez en 2009, utilizando sólo una traducción y adaptación al medio para el estudio que desarrollaron.

## **6. Estratègia Búsqueda bibliogràfica:**

La investigación se ha diseñado y modificado progresivamente tras una revisión bibliográfica en inglés y castellano de los últimos diez años, no sistemática pero exhaustiva y completa diferenciada en 7 fases que posteriormente se ha triangulado en las bases de datos para observar todos los elementos presentes y conocer en profundidad el fenómeno integrando los diferentes aspectos que comportan las competencias enfermeras en la gestión del dolor y la relación de ayuda.

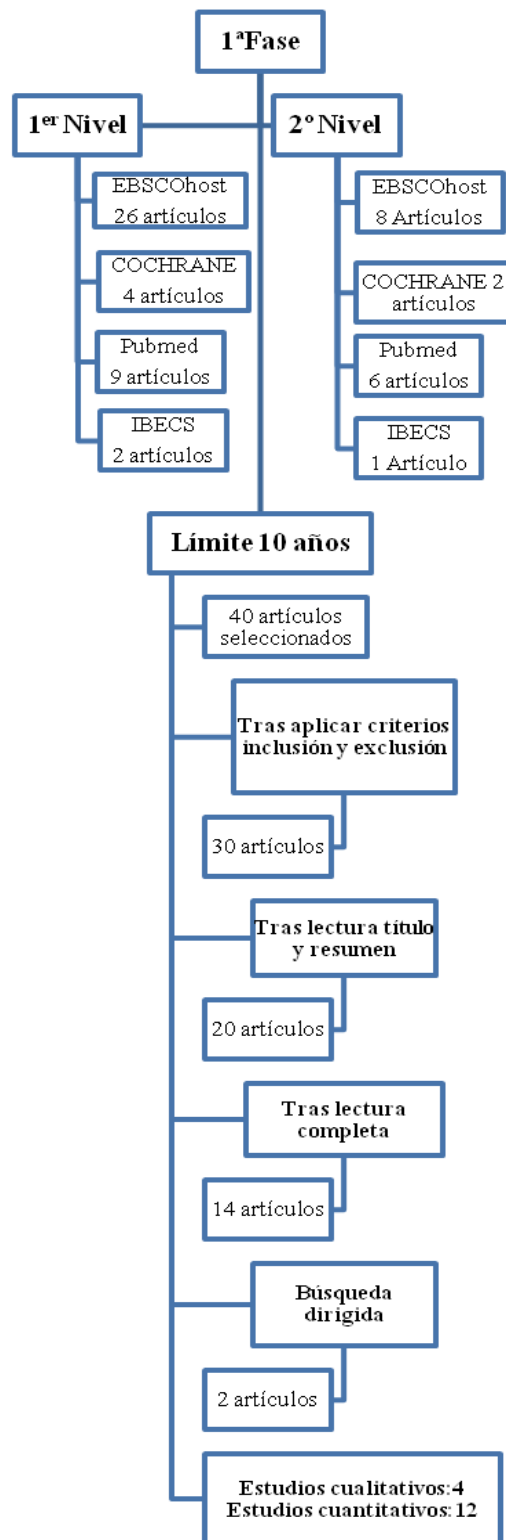
**Las palabras clave** utilizadas en las siguientes fases fueron: Enfermera (Nurse), Competencia (Clinical competence), Dolor agudo (Acute Pain), Dolor postoperatorio (Pain, Postoperative), Conocimiento (knowledge), Actitud (Attitude), Habilidad (Aptitude), Confianza (Trust), Conducta de ayuda (Helping Behavior), relaciones profesional-paciente (professional-patient relations), Consejo (Counseling) y cuestionarios (Surveys and questionnaires).

Tras establecer las palabras clave, ha sido consultada la herramienta Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) con la intención de traducirlas a lenguaje documental.

- 1ª fase: Se recuperaron todos los estudios, publicados en inglés y español, realizados entre diciembre de 2007 y diciembre de 2017. Con las palabras clave: enfermeras, dolor, postoperatorio y competencia clínica. Con la estrategia de búsqueda propuesta: (Nurses AND Pain, Postoperative AND Clinical Competence) todos ellos Términos MeSH. En el que se utilizaron las siguientes fuentes: Metabuscador: EBSCOhost (con un total de 26 artículos, primer nivel y 8 en el segundo) Base de datos: Pubmed (con un total de 9 artículos, primer nivel y 6 en el segundo) Base de datos específica: IBECs (con un total de 2 artículos, primer nivel y 1 en el segundo). Base de datos de revisión: COCHRANE (con un total de 4 artículos, primer nivel y 2 en el segundo). En la primera selección de artículos se leyeron 22 de los cuales se desestimaron 6, en una segunda búsqueda dirigida se incluyeron 2.

El flujo de los artículos seleccionados puede observarse de forma más detallada en la Tabla 1.

Tabla1



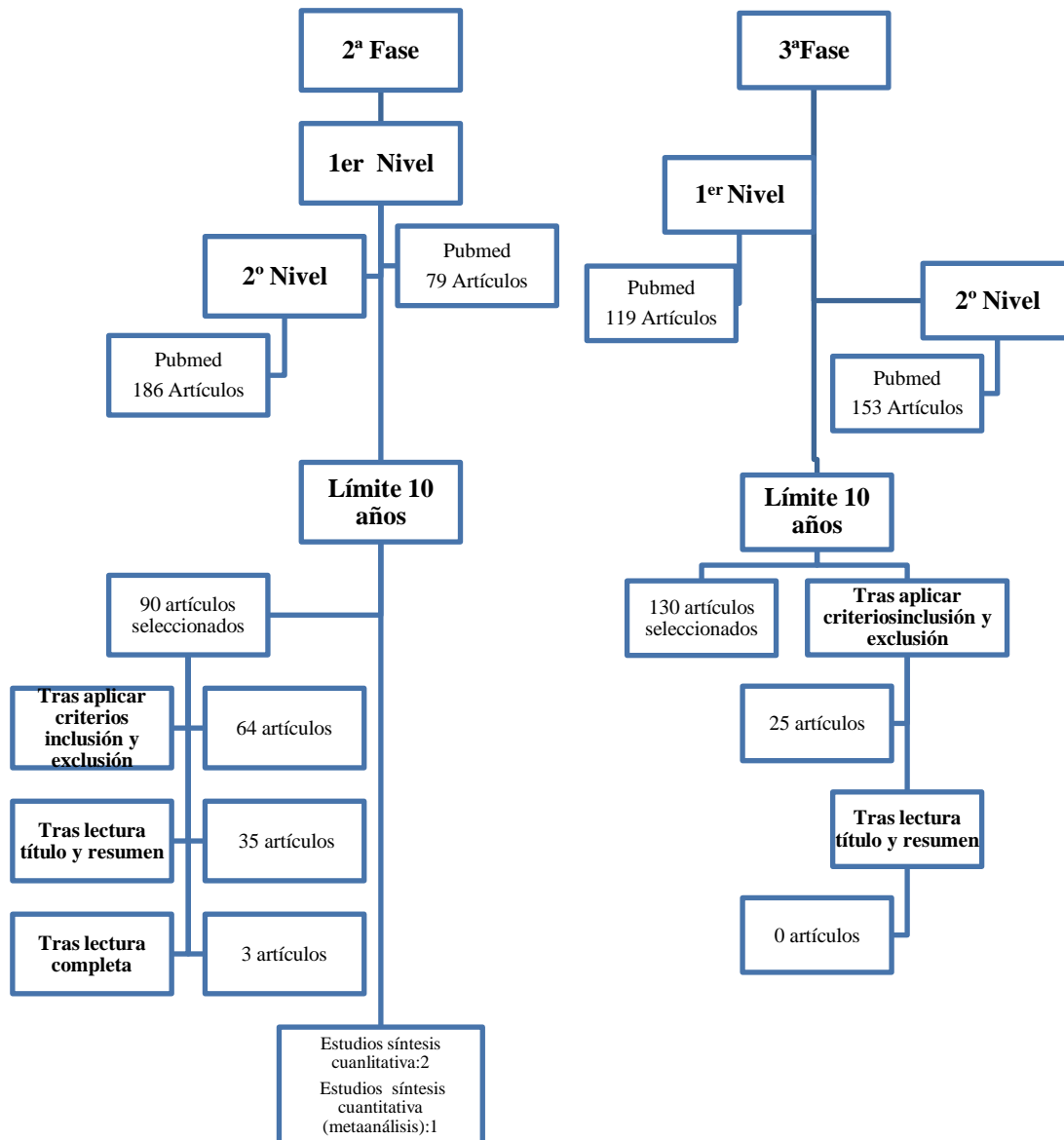


**Para las siguientes fases se utilizan las Keywords en términos MeSH en la base de datos bibliográfica electrónica PubMed , en Inglés o Español.**

- 2ª fase: Se exploran de Diciembre 2008 a Diciembre 2018: nurse patient relations (and/ or) helping behavior. Se obtuvieron un total de 79 artículos, de los cuales 3 fueron seleccionados después de una primera lectura.  
-Se explora un Segundo nivel: professional-patient relations (and/or) Helping Behavior. Se obtuvieron 186 artículos en primer nivel, de los cuales 2 fueron seleccionados después de una primera lectura.  
-Se exploró otro segundo nivel añadiendo professional-patient relations (and/or) Helping Behavior (and/or) counseling. Obteniendo 14 artículos de los cuales se seleccionó 1.
- 3ª fase: Se exploran de Enero 2009 a Enero 2019 : Patient-Centered Nurse AND Pain obteniendo 119 artículos de los cuales se seleccionan 25 y uno por búsqueda de bola de nieve  
-Se exploró un segundo nivel con: Patient-Centered Care AND Pain de los que se obtuvieron 153 no elegibles tras una primera lectura.

El flujo de los artículos seleccionados puede observarse de forma más detallada en las Tablas 3 y 4.

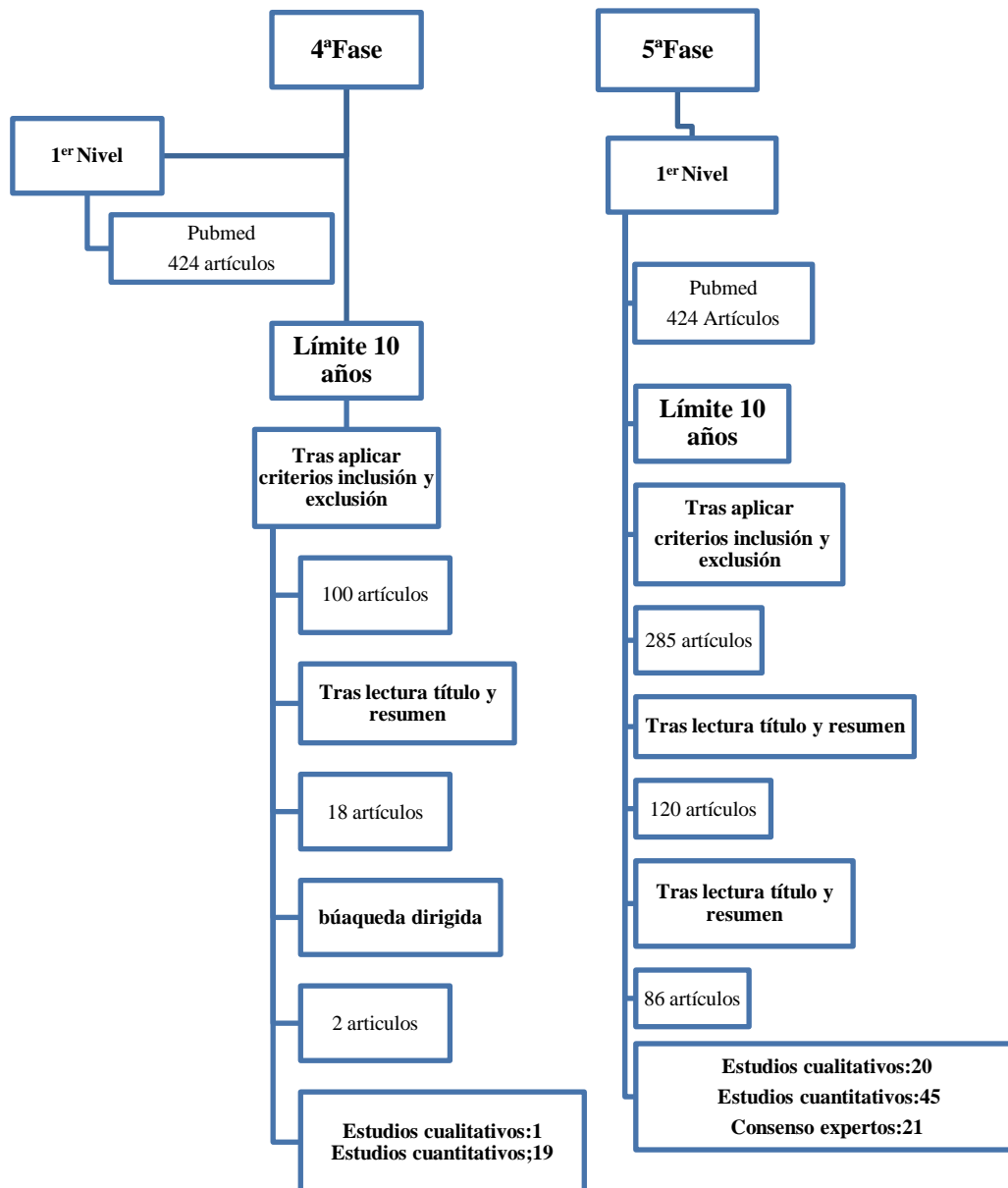
Tablas 3 y 4



- 4ª fase: Se exploran de Enero 2009 a Enero 2019: Patient focused care AND Pain. Obteniendo 424 artículos, de los cuales tras lectura inicial se eligen 18 y 2 bola de nieve.

- 5ª fase: Febrero 2009 a Febrero 2019: Pain, Postoperative AND postoperative period con obtención de 424 artículos, de los cuales se seleccionan 86.

El flujo de los artículos seleccionados en las fases 4 y 5 puede observarse de forma más detallada en la **Tablas 4 y 5**



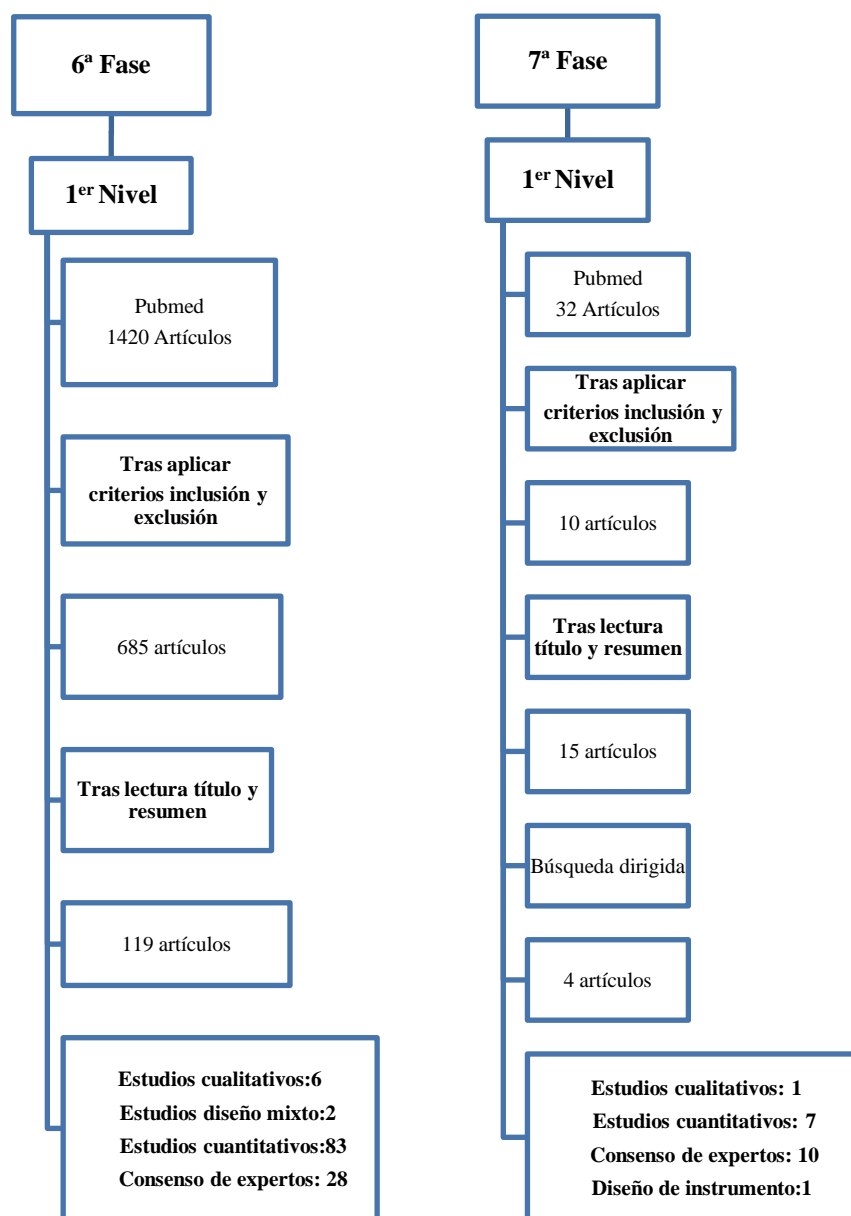
- 6ª fase: Se realizó una segunda búsqueda realizados entre abril de 2009 y abril de 2019, se incluyeron las siguientes palabras clave: Conocimiento, Actitud, Dolor, Encuestas y cuestionarios para ampliar la búsqueda, con una estrategia de búsqueda propuesta: entre abril de 2009 y abril de 2019: knowledge, attitude, surveys and questionnaires y pain de modo que la búsqueda ha sido:

((("knowledge"[MeSH Terms] OR "knowledge"[All Fields]) AND ("attitude"[MeSH Terms] OR "attitude"[All Fields] OR "attitudes"[All Fields]) AND ("surveys and questionnaires"[MeSH Terms] OR ("surveys"[All Fields] AND "questionnaires"[All Fields]) OR "surveys and questionnaires"[All Fields] OR "survey"[All Fields]) AND ("pain"[MeSH Terms] OR "pain"[All Fields]))

Con una obtención de 1420 artículos, de los cuales 119 fueron seleccionados después de una primera lectura.
- 7ª fase: Abril 2009-2019: Professional Competence AND Nurses AND Pain. Se obtuvieron un total de 32 artículos de los cuales se eligieron 15 y 4 a través de búsqueda dirigida.

El flujo de los artículos seleccionados en las fases 6 y 7 puede observarse de forma más detallada en las Tablas 6 y 7

Tablas 6 y 7



### 6.1. Criterios de inclusión:

Para la revisión de la literatura científica han sido incluidos todos aquellos artículos que cumplan con los siguientes criterios de inclusión:

- Analizan el concepto de competencias enfermeras en dolor.

- Identifican barreras y facilitadores para el manejo del dolor agudo.
- Examinan el concepto Relación de ayuda.
- Consideran Herramientas para medir competencias profesionales, conocimientos, formación, habilidades y actitudes en enfermeros sobre el dolor.
- Exploran los vínculos existentes entre las temáticas que pueden agruparse bajo la relación de ayuda, apoyo en el cuidado, competencias profesionales, ámbitos de actuación en el dolor agudo, conocimientos actitudes y habilidades para el manejo del dolor agudo.

#### **6.2. Criterios de exclusión:**

En esta revisión de la literatura científica, se han descartado todos aquellos artículos que:

- Se alejan del propósito de este proyecto.
- Analizan el dolor en poblaciones infantiles o exclusivamente en cáncer.
- Exploran el ámbito dolor de una sola disciplina profesional diferente a la enfermera: odontología, farmacología, psicología, fisioterapia, trabajo social o medicina.
- Carecen de calidad y de rigor metodológico o reflejan posibles conflictos de interés.

#### **7. Objetivos:**

El principal objetivo de éste proyecto es la construcción y validación de una herramienta que permita obtener puntuaciones válidas y fiables del constructo “Competencias enfermeras en dolor y Relación de apoyo” (CED-RA), que cumpla con los estándares internacionales de calidad psicométrica y que con ello puedan articularse programas de intervención.

Tras la descripción del marco teórico que sustentará la operacionalización del constructo teórico CED-RA, se pueden definir los siguientes objetivos específicos sobre los que se estructura el presente proyecto:

1. Operacionalizar la medida del constructo CED-RA mediante la elaboración de un instrumento auto informado que permita una administración rápida y con el menor coste posible (cuestionario CED-RA) de las competencias enfermeras en dolor y la relación de apoyo, así como de los factores individuales y organizacionales que pueden influir en la misma.
2. Obtener evidencias empíricas suficientes para evaluar el comportamiento psicométrico del nuevo instrumento en el marco de un proceso completo estándar de validación, siguiendo los parámetros de calidad internacionales.

La implementación de este nuevo instrumento persigue, como objetivo final, el desarrollo de estrategias efectivas de implementación de los principios de competencias enfermeras y la relación de apoyo en dolor adaptadas a las necesidades específicas de los distintos entornos de práctica e individuos. Con ello también se pretende contribuir de forma relevante a la mejora de la gestión de la práctica clínica.

## **8. Metodología:**

El diseño metodológico se estructurará según los procedimientos estándares internacionales para la construcción de test: International test Commission (ITC) y el National Council on Educational Measurement (NCME) que incluye cuatro fases:

### **8.1. Operacionalización del constructo y desarrollo de herramientas:** Se desarrollará en dos etapas:

- Utilizando la técnica Delphi el panel de expertos establecerá una definición teórica y consensuada sobre el constructo CED-RA así como los constructos

individuales de conocimientos, actitudes; habilidades, empatía; compasión, creencias y conductas que puedan influir en la misma.

- Construcción el test mediante ítems orientados a la medida del constructo (modelo de medida) tipo enunciativo, declarativo de respuesta tipo Likert. Con un pool de respuestas de cara a la reformulación o aclaración de aquellos ítems que no muestren el comportamiento psicométrico requerido.
- Los ítems provenientes de encuestas de habla inglesa se procederá a la traducción, retro traducción propuesta por la Comisión Internacional de Tesis (ITC International Test Commission).  
Posteriormente, se desarrollará en contexto informatizado mediante la plataforma Online Lime Survey la versión inicial denominada “CED-RA” para su autoadministración y recogida sistemática de las respuestas.

Hoja de información al participante. Anexo I

Consentimiento Informado. Anexo II

### **8.2.Administración de la herramienta ( ensayo/s piloto/s muestrales):**

- La versión obtenida será objeto de un ensayo piloto, el cual; en función de los resultados obtenidos, se realizarán las modificaciones pertinentes y se construirá una nueva versión denominada “CED-RA 1”.Los expertos del ensayo piloto no formarán parte del ensayo muestral.
- Posteriormente, se implementará un ensayo muestral de validación, con una muestra incidental estratificada de cómo mínimo 3-5 profesionales por cada ítem, los resultados obtenidos serán objeto de validación psicométrica.



### **8.3. Proceso de validación psicométrica:**

En el proceso de validación psicométrica del instrumento, se pondrán a prueba un conjunto de hipótesis analíticas específicas relacionadas con la fiabilidad (consistencia interna), con el comportamiento individual de los ítems, con la estructura latente, y con las evidencias a obtener sobre la validez de las puntuaciones del test (contenido, criterial y de constructo).

Se seguirán los estándares de calidad Internacional de validación psicométrica:

- Análisis de los Ítems: El comportamiento psicométrico de cada uno de los ítems, será sometido a análisis atendiendo a su capacidad de generar variabilidad, su poder de discriminación (homogeneidad corregida) su capacidad de contribución a la consistencia interna del test, las evidencias empíricas que se puedan obtener respecto a su validez (de contenido, factorial y criterial) y posibles efectos de sesgo.
- Análisis del modelo de medida: En función de la estructura latente que se hipotice para el test, se implementarán diferentes modelos estadísticos de reducción de la dimensionalidad para contrastarla, siempre desde una perspectiva confirmatoria, frente a la tradicional exploratoria, con el fin de reducir la capitalización del azar y la mala praxis de generar el sobreajuste de un modelo factorial exploratorio. Para ello se aplicará el análisis factorial confirmatorio (AFC) en el marco de las técnicas de modelos de ecuaciones estructurales (Structural Equation Modeling, SEM).
- Análisis de la fiabilidad: La estimación de grado de fiabilidad de puntuaciones obtenidas por el instrumento se llevará a cabo mediante el coeficiente de Cronbach (para el cuestionario completo y los factores), determinando así de manera conjunta con el resultado del análisis de los ítems, aquellos ítems que

más contribuyen a la consistencia interna a partir del cálculo del coeficiente alfa tras la eliminación de cada uno de los ítems del test.

- Análisis de la validez: En cuanto a la validez de las puntuaciones obtenidas del test se buscarán evidencias empíricas suficientes para la valoración de:
  - Validez de contenido: Se estudiará el contenido de validez lógica o de muestreo del test, respecto de las consideraciones teóricas que fundamentaron la construcción de la prueba y de los resultados globales obtenidos en cuanto a las evidencias globales de la validez.
  - Validez de criterio: (convergente/discriminante) con relación a tests orientados a la medida del mismo constructo en otros ámbitos o relacionados teóricamente con él, o con respecto a indicadores empíricos sobre los que la medida del test puede mantener una relación teórica justificable. Este conjunto de test o indicadores serán desarrollados a partir de la fase 1 del proyecto. Tales variables serán recogidas coetáneamente a la administración del test que se pretende validar.
  - Validez del constructo: Entendida como un concepto global que subsume las otras dos facetas de la validez, se establecerá un análisis global de las evidencias de validez obtenidas, y a partir del mismo se tomarán las decisiones pertinentes para la modificación o reformulación del test. Con todo ello se generará una nueva denominada “CED-RA 2” del test, ya aplicable; pendiente únicamente de la elaboración de baremos objeto de la siguiente fase.

#### **8.4. Baremación del instrumento:** (población normativa)

Para finalizar la validación psicométrica se procederá a un ensayo muestral con la versión “CED-RA 2”, cuyos participantes potenciales serán todas las personas colegiadas en los Colegios profesionales de Enfermería de las Comunidades Autónomas que acepten la participación en el proyecto.

Los datos recogidos de ésta versión, permitirán elaborar los baremos del instrumento por factores y en función de posibles variables sobre las que se pudiera advertir diferencias significativas de perfil.

Los baremos, junto con el test validado, conformarán la versión “CED-RA” del test, utilizable en contexto investigador o profesional.

#### **8.5. Variables:**

Se considerarán variables del estudio los ítems que conformen el test, aquellos criterios psicométricos o indicadores que pudiesen considerarse teóricamente relacionados con el constructo que mide el test (validez criterial), así como variables de naturaleza socio-demográfica o profesional-organizacional.

#### **8.6. Recogida de datos:**

Se llevará a cabo con los procedimientos de las fases 2 y 4 del estudio.

#### **8.7. Método de análisis:**

Para evaluar las evidencias de validez aparente del cuestionario y análisis de la validez de contenido se usará un procedimiento metodológico mediante técnica Delphi, en base al “*modelo de toma de decisiones en embudo*” para desarrollar la técnica Delphi de Falzarano (Falzarano y Pinto-Zipp, 2013). Este tipo de evidencias de validez (validez aparente) queda incluida dentro de la obtención de las evidencias de validez de

contenido en los “*Estándares para el desarrollo y la construcción de test psicológicos y educativos*” (APA, 1999; APA, 2014).

La metodología Delphi (juicio de expertos) es uno de los sistemas postulados por la propia APA (1999) para la obtención de evidencias de validez de contenido de test o cuestionarios, pudiendo proporcionar lo que denomina como prueba psicométrica fundamental necesaria para validar un cuestionario (Falzarano y Pinto-Zipp, 2013).

Se utilizará el paquete estadístico SPSS.

- Para los datos cuantitativos, se realizará un análisis de frecuencias en base a los criterios de adecuación y relevancia, Media y desviación estándar como medida de dispersión para variables. Se utilizará el test de Kolmogorov Smirnov y ANOVA. Las pruebas de chi-cuadrado de Pearson se usarán para evaluar la significación entre las variables. Un valor  $p$  de  $\leq .05$  se considerará significativo.
- Los datos cualitativos, serán recogidos y analizados utilizando técnicas de análisis de contenido, utilizando análisis univariante con frecuencias absolutas y proporciones para las variables cualitativas.

## **9. Limitaciones:**

Al tratarse de un estudio de validación psicométrica podría concurrir una limitación metodológica que presentan gran parte de los estudios de en la literatura científica: el tipo de muestreo no aleatorio y el carácter voluntario de la participación, y su combinación. Con la intención de minimizar se puede intentar ampliar el rango de profesiones en el ámbito de las Ciencias de la Salud (estratificación), y el número de profesionales invitado/as a participar en el estudio. Con ello se intentará aumentar la representatividad y la capacidad de generalización. En el segundo caso, la participación voluntaria puede introducir un sesgo potencial de autoselección. Y el sentido del sesgo es impredecible, ya que la decisión de participar puede venir motivada por una mayor

implicación con la gestión del dolor, o a la inversa, por querer manifestar una postura contraria. En todo caso, tanto el tamaño de la muestra como las pruebas realizadas sobre la variabilidad de las respuestas (efectos suelo-techo) pueden ayudar a paliar el efecto indeseado de estos sesgos.

Respecto al proceso de validación psicométrica, se pueden encontrar limitaciones derivadas de algunas debilidades relacionadas con el diseño de obtención de evidencias; y las limitaciones derivadas de no haber contemplado determinadas fuentes de obtención de evidencias de validez. La obtención de estas evidencias de validez podría configurar algunas de las propuestas de investigación futuras en relación al presente trabajo.

Las limitaciones derivadas de las evidencias de validez sobre la relación con otros constructos, formarían parte, al igual que las derivadas de las evidencias de validez convergente, de la denominada validez de criterio. Estas evidencias de validez deberían obtenerse, siguiendo los estándares de la APA y de la ITC para la construcción de test/cuestionarios (APA, 1999; ITC, 2012; APA, 2014), a partir del análisis de las relaciones entre las puntuaciones del cuestionario con variable/s criterio pertinente/s, lo que significa aquellas con las que exista a priori una vinculación teórica que ya haya sido demostrada.

#### **10. Consideraciones éticas:**

Para el desarrollo del presente estudio se solicitará su aprobación al Comité de Ética e investigación de las Islas Baleares (CEI-IB). Los participantes nos proporcionaran el consentimiento informado garantizándoles la confidencialidad de sus datos. De acuerdo a las consideraciones éticas se garantiza el cumplimiento de los principios bioéticos de los participantes, y en cualquier momento estos pueden decidir abandonar su participación en este. Anexo I modelo consentimiento

### **11. Implicaciones para la práctica:**

La elaboración del cuestionario “CED-RA”, permitirá servir como herramienta de diagnóstico inicial del constructo CED-RA a nivel individual, proporcionando en función de sus resultados, el establecimiento de estrategias de intervención adaptadas a cada individuo en su contexto profesional. Como herramienta de evaluación del progreso individual en CED-RA, tras la aplicación de cualquier tipo de estrategia de intervención, destinada a la implementación de los principios de la CED-RA en la práctica diaria.

El proyecto que aquí se presenta (CED-RA), tiene como objetivo, convertirse en una medida costo-efectiva para su aplicación, en diferentes entornos de práctica en el ámbito de las Ciencias de la Salud.

La evaluación de resultados en salud, es el elemento final del marco conceptual de la propuesta de operacionalización del constructo CED-RA.

Aunque los resultados de este estudio, puedan ser puramente exploratorios, sin embargo, permitirán que futuros autores puedan utilizar estas variables como auténticas evidencias de validez de criterio, en todo tipo de instrumentos diseñados para la medición de competencias enfermeras en la gestión del dolor. Estas evidencias de validez, permitirán medir las competencias descritas en sus tres dimensiones competenciales, permitiendo el uso de las de las variables relacionadas halladas.

Identificando cuáles son las percepciones sobre la gestión del dolor como enfermeras, se podrá tomar consciencia de las propias limitaciones, y establecer líneas de actuación, para provocar un cambio en el trabajo diario, siendo capaces de adaptar los métodos de control, y gestión del dolor al paciente, en un contexto individualizado como persona, con una visión global del mismo.

Otra importante implicación, será la posible repercusión, que puede tener a medio plazo los resultados del proyecto, en la mejora del control del dolor, trascendiendo en la mejora de la calidad de vida de los sujetos, y en los costes sanitarios del SNS, que se desprenden de una gestión no adecuada.

En cierto sentido, la creación de una herramienta de este tipo, reconoce, el valor de la relación de ayuda en la atención sanitaria, al humanizar el acompañamiento. La combinación, de los conocimientos científicos específicos, poniendo a la persona en el centro de esos saberes, permitirá la adaptación de la relación de ayuda de manera continuada y adaptada a las circunstancias de dicho proceso de dolor.

Es importante, no perder de vista las propias competencias enfermeras sobre este tema, y las interrelaciones que se generan como sujetos prestadores de cuidados.

## 12. Bibliografia:

- Al-Atiyyat, N. (2008). Patient-related barriers to effective cancer pain management. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 10(4), 198–204.
- American Educational Research Association, American Psychological Association, National Council on Measurement in Education, Joint Committee on Standards for Educational, & Psychological Testing. (1999). *Standards for educational and psychological testing*. Washington, USA.
- American Educational Research Association. American Psychological Association. National Council on Measurement in Education. Joint Committee on Standards for Educational, & Psychological Testing. (2014). *Standards for educational and psychological testing*. Washington, USA.
- Blondal, K. & Halldorsdottir, S.(2009), The challenge of caring for patients in pain: from the nurse's perspective. *J Clin Nurs*, 18, 2897-2906 .doi :  
10.1111/j.1365-2702.2009.02794.x
- Brockopp, D.Y., Ryan, P. & Warden, S. ( 2003) Nurses' willingness to manage the pain of specific groups of patients. *British Journal of Nursing* **12**( 7), 409– 415.
- Brockopp, D.Y., Downey, E., Powers, P., Vanderveer, B., Warden, S., Ryan, P. & Saleh, U. ( 2004)Nurses' clinical decision-making regarding the management of pain. *International Journal of Nursing Studies* **41**( 6), 631– 636.
- Burns, J., Magee, K., Cooley, H., Hensler, A., Montana, J., Shumaker, D., Snyder ,J. & Polk, A.(2009)''I Feel Your Pain'' : A Research Study Addressing Perianesthesia Health Care Providers' Knowledge and Attitudes Toward Pain. *Journal of perianesthesia Nursing*, 25 (1), 24-8
- Boyatzis, R. (1982). *The Competent Manager*. New York: John Wiley and Sons



- Campos, D., Sakata, R., De Oliveira, L., Lannes, C., Dórea, I., et al. (2016). Postoperative persistent chronic pain: what do we know about prevention, risk factors, and treatment. *Rev Bras Anesthesiol*, 66 (5), 505-512.
- Caramés, MA., Navarro, M. (2016). Costes del tratamiento del dolor versus su no tratamiento. *Aproximación a la realidad de Portugal y España. Dor*, 24, 1-9
- Carter M. (2009). Trust, Power, and Vulnerability: A Discourse on Helping in Nursing. *Nursing Clinics of North America*, 44 (4), 393-405.  
<https://doi.org/10.1016/j.cnur.2009.07.012>
- Cascinu, S., Giordani, P., Agostinelli, R., Gasparini, G., Barni, S., Beretta, G.D., Pulita, F., Iacorossi, L., Gattuso, D., Mare, M., Munaò, S., Labianca, R., Todeschini, R., Camisa, R., Cellerino, R. & Catalano, G. (2003). Pain and its treatment in hospitalized patients with metastatic cancer. *Supportive Care in Cancer* 11( 9), 587– 592.
- Carlson, C. (2008), Development and testing of four instruments to assess prior conditions that influence nurses' adoption of evidence-based pain management practices. *Journal of Advanced Nursing*, 64: 632-643. doi:[10.1111/j.1365-2648.2008.04833.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04833.x)
- Chou, L., Ranger, T.A., Peiris, W., Cicuttini, F.M. & Urquhart, D.M. (2018). Patients' perceived needs of health care providers for low back pain management: a systematic scoping review. *The spine journal*, 18 (4), 691-711
- Collen M. (2014). Pain and Treatment From a Human Primate Perspective. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 28 (2), 152-157
- Cousins, M., Brennan, F & Carr, D. (2004). Pain relief: a universal human right. *Pain*, 112, 1-4.

- Cousins, M & Lynch, M. (2011). The Declaration Montreal: Access to pain management is a fundamental human right. *Pain*, 152 (12), 2673-2674
- Cousins, M. (2012). Unrelieved pain: a major health care priority. *The Medical Journal of Australia*, 196 (6), 373-374.
- Chapman, C., Donaldson, G., Davis, J & Bradshaw, D. (2011). Improving individual measurement of postoperative pain: the pain trajectory. *The journal of pain : official journal of the American Pain Society*, 12 (2), 257-62. doi: 10.1016/j.jpain.2010.08.005.
- Chapman, C., Stevens, D & Lipman, A. (2013). Quality of Postoperative Pain Management in American Versus European Institutions. *Journal of pain & palliative care pharmacotherapy*, 27 (4), 350-8.
- Chapman, C. (2017). The Transition of Acute Postoperative Pain to Chronic Pain: An Integrative Overview of Research on Mechanisms. *Journal of Pain*, 18, 4.
- Chou, R et al. (2016). Management of Postoperative Pain: A Clinical Practice Guideline From the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council. *The Journal of Pain*, 17(2), 131 – 157
- Covarrubias-Gómez, A. (2013). El manejo del dolor agudo postoperatorio: Una década de experiencias. *Rev Mex Anest Unidades de Dolor Agudo en México*, 36(S1), 179-182.
- Eccleston, C., Wells, C., & Morlion, B. (2017). *European Pain Management*. Oxford, UK: Oxford University Press, ISBN: 9780198785750.
- Epstein RM, Hundert EM. (2002) Defining and assessing professional competence. *JAMA*, 287, 226–35.

- Esteve, N., Sansaloni, C., Verd, M., Ribera, H., Mora, C.(2017). Nuevos enfoques en el tratamiento del dolor agudo postoperatorio. *Rev Soc Esp Dolor*, 24 (3),18-29.doi: 10.20986/resed.2017.3542/2016
- Falzarano, M., y Pinto-Zipp, G. (2013). Seeking consensus through the use of the Delphi technique in health sciences research. *Journal of Allied Health*, 42(2), 99-105
- Ferrell, B.R. & Leek, C. (1990). Pain management: nurses' knowledge and attitude survey. Department of Nursing Research and Education, Duarte, California, 1990.
- Ferrell, B.R., Eberts, M.T., McCaffery, M. & Grant, M. (1991). Clinical decision making and pain.*Cancer Nursing* **14**( 6), 289– 297.
- Ferrell, B & McCaffery, M. (2012). “Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain” recuperado de: <http://prc.coh.org>
- Fletcher, D., Stamer, U., Pogatzki-Zahn, E., Zaslansky, R., Tanase, N., Perruchoud, C., Kranke, P., Komann, M., Lehman, T & Meissner, W., (2015).euCPSP for the Clinical Trial Network group of the European Society of Anaesthesiology.
- Francis, L., & Fitzpatrick, J. J. (2013). Postoperative pain: Nurses' knowledge and patients' experiences. *Pain Management Nursing*, 14(3), 351–357.  
doi:10.1016/j.pmn.2012.05.002.
- Galuska,L.(2016).Advocating for Patients: Honoring Professional Trust. *AORN journal*, 104 (5), 410-416
- García-Rueda, N., Errasti-Ibarrondo, B., & Solabarrieta, M.A. (2016). La relación enfermera-paciente con enfermedad avanzada y terminal: revisión bibliográfica y análisis conceptual. *Medicina Paliativa*. <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2014.01.003>

- Gewandter, JS., Dworkin, RH., Turk, DC., Farrar, JT., Fillingim, RB & Gilron, I. (2015). Research design considerations for chronic pain prevention clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain*, 156(7), 1184-97.
- Gordon, D., Watt-Watson, B., Hogans, J., & Beth, B. (2018) Interprofessional pain education— with, from, and about competent, collaborative practice teams to transform pain care. *PAIN*, [3,\(3\),663](#) doi: 10.1097/PR9.0000000000000663
- Goldberg DS & McGee SJ. (2011). Pain as a global public health priority. *BMC Public Health* 11:770. doi:10.1186/1471-2458-11-770.
- Gregory, J. and McGowan, L. (2016). An examination of the prevalence of acute pain for hospitalised adult patients: a systematic review. *J Clin Nurs*, 25: 583-598. doi:[10.1111/jocn.13094](#)
- Horton, B. Anang, S, Riesen, M, Yang, H & Björkelund, K. (2014). International Federation of Nurse Anesthetists' Anesthesia Program Approval Process. *International Nursing Review*, 61 (2) pp: 285-289.
- IASP. International Association for the Study of Pain and delegates of International Pain Summit (2010) Declaration that Access to Pain Management Is a Fundamental Human Right. Consultado el 20 de Diciembre. 2018 desde <http://www.iasp-pain.org/DeclarationofMontreal?navItemNumber=582>
- IASP. International Association for the Study of Pain. Consultado el 25 de Enero, 2019, desde [www.iasp-pain.org](http://www.iasp-pain.org)
- IFNA. International Federation of Nurse Anesthetists. (2016) Code of Ethics, Standards of Practice, Monitoring, and Education. Consultado el 20 de Marzo, 2019 desde [ifna.site/app/uploads/2017/06/IFNA-Booklet-HD.pdf](http://ifna.site/app/uploads/2017/06/IFNA-Booklet-HD.pdf)
- International Test Commission (2015). The ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests. Recuperado de: <https://www.intestcom.org/page/16>

- Langley, PC., Ruiz-Iban, MA., Molina, JT., De Andres, J & Castellón, JR.(2011). The prevalence, correlates and treatment of pain in Spain. *Journal of Medical Economics*, 14 (3), 367-380
- Latimer, Margot A. et al. (2010). Individual Nurse and Organizational Context Considerations for Better Knowledge Use in Pain Care. *Journal of Pediatric Nursing: Nursing Care of Children and Families* , 25( 4), 274 – 281.
- Llanos, A. (1990). La nueva sensibilidad y el cuidado integral del enfermo. VV.AA. *Simposium Internacional de Ética en Enfermería Pamplona*, 63-64.
- Loeser, J.D. (2012). Five Crises in Pain Management. *Pain: Clinical Updates*. IASP Press.
- Luntley. M. (2011). What do nurses know?. *Nursing Philosophy*, 12 (1), 22-33.doi: 10.1111/j.1466-769X.2010.00466.x
- Maier, C., Nestler, N., Richter, H., Hardinghaus, W., Pogatzki-Zahn, E., Zenz, M., & Osterbrink, J. (2010). The quality of pain management in German hospitals. *Deutsches Arzteblatt international*, 107(36), 607-14.
- Marrón-Peña,M., Mille-Loera, E.,Aréchiga-Ornelas,G & Mejía-Terrazas,G.(2014). Dolor agudo postoperatorio. *Rev Mex Anest*,37 (S1),155-158.
- McClelland, C. D. (1973). Testing for competence rather than for intelligence. *American psychologist*, january: 1-15.
- McCaffery, M., Ferrell, B.R., Pasero, C. (2000), Nurses' personal opinions about patients' pain and their effect on recorded assessments and titration of opioid doses. *Pain Manag Nurs*, 1,79-87
- Meeusen, V. Ouellette, S & Horton, B. ( 2016). The global organization of nurses in anesthesia: The International Federation of Nurse Anesthetists. *Trends Anaesth Crit Care*, 6,20–5.

- Meissner, W et al. (2015). Improving the management of post-operative acute pain: priorities for change. *CMRO*; 31(11), 2131-2143
- Melotti, R. M., Dekel, B. G., Carosi, F., Ricchi, E., Chiari, P., D'Andrea, R. and Nino, G. (2009), Categories of congruence between inpatient self-reported pain and nurses evaluation. *European Journal of Pain*, 13: 992-1000.  
doi:[10.1016/j.ejpain.2008.11.019](https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2008.11.019)
- Miaskowski, C. (2004) Improving pain management through leadership and interdisciplinary collaboration. *Pain Management Nursing* 5(2), 51–52.
- Millie-Loera, E., Mejía-Terrazas, G., Aréchiga-Ornelas & Marrón-Peña, M (2014). Dolor agudo postoperatorio. *Rev Mex Anest*, 37 (S1), 176-178.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2003). Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Recuperado de:  
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>
- Ministerios de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2019). Sanidad en datos. Atención sanitaria. Recuperado de:  
<https://www.msrebs.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla26.htm>
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). *Unidad de tratamiento de dolor: estándares y recomendaciones* (p. 127-128). MADRID: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. España. Recuperado de <http://www.mspsi.gob.es>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). Documento Marco para la mejora del abordaje del dolor en el SNS. Plan de Implementación. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS. Recuperado de:  
[http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/CISNS\\_DocumentoMarcoDolor.pdf](http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/CISNS_DocumentoMarcoDolor.pdf)

- Moreno-Monsiváis, M. G., Muñoz Rodríguez, M. d. R., & Interrial. (2014). Satisfacción con el manejo de dolor posoperatorio en pacientes hospitalizados. *Aquichán*, 14(4), 460-472.
- Muñoz Devesa, A., Morales Moreno, I., Bermejo Higuera, J. C., & Galán González Serna, J. M. (2014). La Relación de ayuda en Enfermería / The help relationship in nursing. *Index de Enfermería*, (4), 229. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962014000300008>
- Ortiz ,M.,Carr, E &Dikareva, A.(2014). An Integrative Review of the Literature on Pain Management Barriers: Implications for the Canadian Clinical Context, *Canadian Journal of Nursing Research*, 46 (3),65-93
- Pain Alliance Europe. (2017). Survey on chronic pain 2017 diagnosis, treatment and impact of pain. <http://www.pae-eu.eu/wp-content/uploads/2017/12/PAE-Survey-on-Chronic-Pain-June-2017.pdf>. Date Accessed: 2019-03-16
- Papastavrou, E., Efstathiou, G. & Charalambous, A. (2011).Nurses' and patients' perceptions of caring behaviours: quantitative systematic review of comparative studies. *Journal of Advanced Nursing*, 67: 1191-1205. doi:[10.1111/j.1365-2648.2010.05580.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05580.x)
- Peix, M.T y Pérez, A. (2012). Competencias y funciones de la Enfermería de Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor. *Aseedar-td*. p. 14–21. Recuperado de: <http://www.aseedar-td.org/competencias>.
- Pellegrino, E. D. (1985a). 'Moral choice, the good the patient, and the patient's good', in J.C. Moskop and L. Kopelman (eds.), *Ethics and Critical Care Medicine*. D. Reidel, Boston, 117-138.
- Pulido, S. (2018). El dolor de no ir a trabajar. *Rev. esp. econ. Salud* ,3 (3),386-391.

- Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting: An updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management. (2012). *Anesthesiology*, 116(2), 248-273. 26p.
- Pergolizzi, J., Raffa, R. & Taylor, R. (2014). Treating Acute Pain in Light of the Chronification of Pain. *Pain Management Nursing*, 15(1), 380-390. doi: 10.1016/j.pmn.2012.07.004.
- Radnovich, R., Chapman, C., Gudin, J., Panchal, S., Webster, L. et al. (2014). Acute pain: effective management requires comprehensive assessment. *Postgraduate Medicine*, 126 (4), 59-72.
- Rawal, N. (2016). Current issues in postoperative pain management. *Eur J Anaesthesiol*, 33(3), 160-71.
- Roth, R. S., Qi, J., Hamill, J. B., Kim, H. M., Ballard, T., Pusic, A. L., & Wilkins, E. G. (2017). Is chronic postsurgical pain surgery-induced? A study of persistent postoperative pain following breast reconstruction. *Breast (Edinburgh, Scotland)*, 37, 119-125.
- Royse, C. F., Newman, S., Chung, F., Stygall, J., McKay, R. E., Boldt, J., Servin, F. S., Ig Hurtado, I., Hannallah, R., Yu, B., Wilkinson, D. J. (2010). Development and Feasibility of a Scale to Assess Postoperative Recovery: The Post-operative Quality Recovery Scale. *Anesthesiology*, 113(4), 892-905. doi: 10.1097/ALN.0b013e3181d960a9.
- Saastamoinen, P., Laaksonen, M., Kääriä, S., Lallukka, T., Leino-Arjas, P. et al. (2012). Pain and disability retirement: A prospective cohort study. *Pain*, 153 (3), 526-531.
- Salvadó-Hernández C, et al (2009). Conocimientos y actitudes sobre el manejo del dolor por parte de las enfermeras de unidades de cirugía y oncología de hospitales de nivel



III. *Enferm Clin*, 19(6), 322-329.

doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2009.07.004>.

- Sanghi, S. (2019). *The handbook of competency mapping : understanding, designing and implementing competency models in organizations*. India: SAGE.
- Sansó N.(2014). *Afrontamiento ante la muerte en profesionales de cuidados paliativos (tesis doctoral)* Universitat Illes Balears.
- Sastre, P. (2017). *Diseño y validación de un instrumento para la evaluación de competencias en enfermeras de práctica avanzada (IECEPA)*. Tesis Doctoral. Universidad de las Islas Baleares, Palma, España.
- Schaufheutle, E.I., Cantrill, J.A. & Noyce, P.R. (2001). Why is pain management suboptimal on surgical wards? *Journal of Advanced Nursing* **33**( 6), 728– 737.
- Sillero, A. S., & Zabalegui, A. (2018). Satisfaction of surgical patients with perioperative nursing care in a Spanish tertiary care hospital. *SAGE Open Medicine*. <https://doi.org/10.1177/2050312118818304>
- Spencer, M.L. y M.S. Spencer (1993). *Competence at Work: models for superior performance*. New York: John Wiley and Sons.
- Steurer, J. (2011). The Delphi method: an efficient procedure to generate knowledge. *Skeletal Radiology*, *40*(8), 959-961.
- Taylor, R. S., Ullrich, K., Regan, S., Broussard, C., Schwenkglenks, M., Taylor, R. J., & Langford, R. (2013). The impact of early postoperative pain on health-related quality of life. *Pain Practice*, *13*, 515–523.<https://doi.org/10.1111/papr.12026>
- Vadivelu, N., Mitra, S., Narayan,D. (2010).Recent advances in postoperative pain management. *Yale J Biol Med*, *83*(1),11-25.

- Van Niekerk, L.M. & Martin, F. ( 2003a). The impact of the nurse-physician professional relationship on nurses' experience of ethical dilemmas in effective pain management. *Journal of Professional Nursing* 18( 5), 276– 288.
- Vickers, N., Wright, S., & Staines, A. (2014).Surgical nurses in teaching hospitals in Ireland: understanding pain. *Br J Nurs*, 09/25, 23(17), 924-929.
- Wallace, K., Reed, B., Pasero, C. & Olsson, G. (1995). Staff nurses' perceptions of barriers to effective pain management. *Journal of Pain and Symptom Management* , 10(3), 204– 213.
- Ward, S.E., Goldberg, N., Miller-McCauley, V., Mueller, C., Nolan, A., Pawlik-Plank, D., Robbins, A.,Stormoen, D. & Weissman, D. ( 1993) Patient-related barriers to management of cancer pain. *Pain*, 52, 319– 324.
- Werner. M & Kongsgaard U.(2014). I. Defining persistent post-surgical pain: is an update required?. *Br J Anaesth*, 113,1–4.
- Whiddett & Hollyforde (2003). *A Practical Guide to Competencies: How to Enhance Individual and Organisational Performance*. London: CIPD.
- Zaslansky, R.,Rothaug, J.,Chapman, C.,Bäckström, R.,Brill S,et al(2015). PAIN OUT: The making of an international acute pain registry. *Eur J Pain*, 19,490-502.  
doi:10.1002/ejp.571.
- Zaslansky,R et al.(2019). Improving perioperative pain management:a preintervention and postintervention study in 7 developing countries. *Pain Reports*, 4 (1), e 705. doi: 10.1097 / PR9.0000000000000705

## 13. ANEXOS:

### Anexo I. Hoja de información al participante

#### HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE PARA LA REALIZACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Título del estudio: **PROYECTO DE UN INSTRUMENTO ORIENTADO A LA MEDICIÓN DE COMPETENCIAS ENFERMERAS EN LA GESTIÓN DEL DOLOR**

Investigadora principal: Antonia Ballesteros Barrado. Enfermera del Hospital Son Llàtzer. Profesora asociada de la UIB. Tfo: 654580732

#### **Introducción:**

Me dirijo a usted para informarle sobre un estudio al que le invito a participar. El presente estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de las Islas Baleares, de acuerdo con la legislación vigente, y se ha llevado a cabo con respeto a los principios enunciados en la declaración de Helsinki y a las normas de buena práctica.

Mi intención, es tan solo que reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere participar en este estudio. Para ello, lea esta hoja informativa atentamente y pregunte las dudas que puedan surgirle tras su lectura. Además, puede consultarlo con las personas que considere oportuno.

Si tiene alguna duda póngase en contacto con la investigadora principal, Antonia Ballesteros Barrado.

#### **Participación voluntaria:**

Debe saber que su participación en el estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con la investigadora. Si usted decide revocar su consentimiento, no se recogerán nuevos datos, pero esta revocación no afectará a las investigaciones realizadas hasta el momento a no ser que usted lo manifieste.

#### **Descripción general del estudio:**

A continuación, se le expone una descripción general del proyecto de investigación que puede ser de su interés.

#### **Propósito de la investigación:**

Este proyecto tiene como objetivo la construcción de una herramienta que permita obtener puntuaciones válidas y fiables del constructo “Competencias enfermeras en dolor y Relación de apoyo” (CED-RA), que cumpla con los estándares internacionales de calidad psicométrica, que permita evaluarlo y que con ello puedan articularse programas de intervención

#### **Descripción de la investigación:**

Elaboración de un instrumento auto informado que permita una administración rápida y con el menor coste posible (cuestionario CED-RA) de las competencias enfermeras en dolor y la relación de apoyo, así como de los factores individuales y organizacionales que pueden influir en la misma.

Para ello, se procederá al envío de los cuestionarios a los encuestados a través de una herramienta informática on-line y envío de carta de invitación, a un conjunto de personas

expertas de reconocido prestigio nacional, en la disciplina de Enfermería y se establecerán rondas sucesivas de contacto. Las respuestas de todos los panelistas serán anonimizados.

**Beneficios y riesgos derivados de su participación en el estudio:**

Su contribución permitirá desarrollar los ítems del citado cuestionario una vez obtenidas suficientes evidencias de validez.

Posteriormente, se realizará, sobre la versión del cuestionario surgida del proceso anterior, un estudio piloto de validación sobre profesionales de Enfermería y en un ámbito exclusivamente local, en este caso en la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares. El objetivo del mismo será la obtención de evidencias de fiabilidad, de validez sobre la estructura dimensional del cuestionario y de relación con otras variables criterio.

En el caso de que decida participar en la investigación, es importante que comprenda que:

- Puede ejercer su derecho a retirarse de la investigación en cualquier momento.
- Antes de iniciar el cuestionario se le proporcionará la oportunidad para poder aclarar sus dudas
- La información obtenida servirá para la elaboración de publicaciones y presentaciones científicas, sometidas a la ley orgánica 118 15/1999 de Protección de datos de carácter personal.

**Confidencialidad:**

La comunicación y la cesión de los datos de carácter personal, de todos los sujetos participantes, se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, y en su reglamento de desarrollo. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación en caso de requerimiento legal.

**Compensación económica:**

Su participación en el estudio no le supone ningún tipo de compensación económica.

**Otra información relevante:**

Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos, si bien los responsables del estudio podrán seguir utilizando la información recogida sobre usted hasta el momento, a no ser que usted se oponga expresamente.

**Agradecimiento**

Sea cual sea su decisión, le agradezco su tiempo y su atención.

## Anexo II Consentimiento Informado

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Título del estudio: **PROYECTO DE UN INSTRUMENTO ORIENTADO A LA MEDICIÓN DE COMPETENCIAS ENFERMERAS EN LA GESTIÓN DEL DOLOR**

Investigadora principal: Antonia Ballesteros Barrado. Enfermera del Hospital Son Llàtzer.  
Profesora asociada de la UIB. Tfo: 654580732

Yo (nombre y apellidos)

.....

- He leído la hoja de información que se me ha entregado
- He podido hacer preguntas sobre el estudio
- He recibido suficiente información sobre el estudio
- He podido comunicarme con la investigadora principal, Antonia Ballesteros Barrado
- Entiendo que mi participación es voluntaria
- Entiendo que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que ello repercuta sobre mi relación con la investigadora principal
- Comprendo que tengo los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición a mis datos de carácter personal de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

Firma de la participante

Firma de la investigadora principal

Nombre:

Nombre:

Fecha:

Fecha: