

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS:

**“SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON DOLOR NEUROPÁTICO
ATENDIDOS EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN Y TERAPIA
DEL DOLOR. POLICLÍNICO SAN ANTONIO. CAJAMARCA 2024”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORA:

Bach. Enf. Claudia Clemencia Gallardo Arteaga

ASESORA:

M. Cs. Delia Rosa Yturbe Pajares

CAJAMARCA – PERÚ

2025

CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador: **Claudia Clemencia Gallardo Arteaga**

DNI: **70193998**

Escuela Profesional/Unidad UNC: **Escuela Profesional de Enfermería**

2. Asesor: **M. Cs. Delia Rosa Yturbe Pajares**

Facultad/Unidad UNC: **Facultad de Ciencias de la Salud**

3. Grado académico o título profesional

Bachiller Título profesional Segunda especialidad

Maestro Doctor

4. Tipo de Investigación:

Tesis Trabajo de investigación Trabajo de suficiencia profesional

Trabajo académico

5. Título de Trabajo de Investigación:

SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON DOLOR NEUROPÁTICO ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE REHABILITACIÓN Y TERAPIA DEL DOLOR. POLICLÍNICO SAN ANTONIO. CAJAMARCA 2024

6. Fecha de evaluación: **28/01/2025**

7. Software antiplagio: **TURNITIN** **URKUND (OURIGINAL) (*)**

8. Porcentaje de Informe de Similitud: **16%**

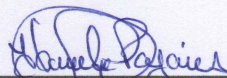
9. Código Documento: **oid: 3117:424535154**

10. Resultado de la Evaluación de Similitud:

APROBADO **PARA LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES O DESAPROBADO**

Fecha Emisión: 29/01/2025

Firma y/o Sello
Emisor Constancia



Dra. Delia rosa Yturbe Pajares
DNI:26637378

* En caso se realizó la evaluación hasta setiembre de 2023

Copyright © 2025 by

CLAUDIA CLEMENCIA GALLARDO ARTEAGA

Todos los derechos reservados

Gallardo, C. 2024

SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON DOLOR NEUROPÁTICO ATENDIDOS EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN Y TERAPIA DEL DOLOR. POLICLÍNICO SAN ANTONIO. CAJAMARCA 2024/ Tesis para optar el Grado Académico de Licenciada en Enfermería Universidad Nacional de Cajamarca

Disertación académica para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería – UNC – 2024.

71 Pág.

Asesora: M. Cs. Delia Rosa Yturbe Pajares

Docente Universitaria Principal de la EAP de Enfermería

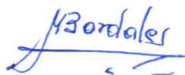
**SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON DOLOR NEUROPÁTICO ATENDIDOS
EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN Y TERAPIA DEL DOLOR. POLICLÍNICO
SAN ANTONIO. CAJAMARCA 2024**

AUTORA : Bach. Enf. Claudia Clemencia Gallardo Arteaga

ASESORA : M. Cs. Delia Rosa Yturbe Pajares

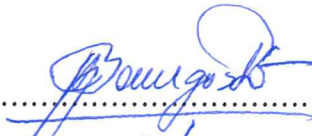
Tesis evaluada y aprobada para la obtención del Título profesional de Licenciada en Enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca, por los siguientes miembros del jurado evaluador:

JURADO EVALUADOR



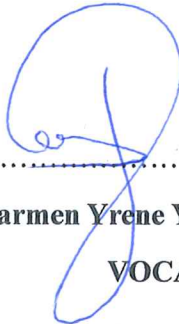
.....
Dra. Mercedes Marleni Bardales Silva

PRESIDENTE



.....
M. Cs. Petronila Ángela Bringas Durán

SECRETARIA



.....
Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez

VOCAL



MODALIDAD "A"

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA

En Cajamarca, siendo las **3.00 pm** del **20** de diciembre del **2024**, los integrantes del Jurado Evaluador para la revisión y sustentación de la tesis, designados en Consejo de Facultad a propuesta del Departamento Académico, reunidos en el ambiente 11-304 de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca, dan inicio a la sustentación de tesis denominada:

SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON DOLOR NEUROPÁTICO ATENDIDOS EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN Y TERAPIA DEL DOLOR. POLICLÍNICO SAN ANTONIO.CAJAMARCA 2024.

del (a) Bachiller en Enfermería:

CLAUDIA CLEMENCIA GALLARDO ARTEAGA

Siendo las **5.00 pm** del mismo día, se da por finalizado el proceso de evaluación, el Jurado Evaluador da su veredicto en los siguientes términos: **MUY BUENO**, con el calificativo de: **18**, con lo cual el (la) Bachiller en Enfermería se encuentra **APTA** para la obtención del Título Profesional de: **LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA**.

Miembros Jurado Evaluador Nombres y Apellidos		Firma
Presidente:	Dra. Mercedes Marleni Bardales silva	
Secretario(a):	M. Cs. Petronila Ángela Bringas Durán	
Vocal:	Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez	
Accesitaria:		
Asesor (a):	M. Cs. Delia Rosa Yturbe pajares	
Asesor (a):		

Términos de Calificación:

EXCELENTE (19-20)

MUY BUENO (17-18)

BUENO (14-16)

REGULAR (12-13)

REGULAR BAJO (11)

DESAPROBADO (10 a menos)

DEDICATORIA

A mis padres. Esperanza Arteaga, Santos Gallardo, y a mis hermanos quienes fueron el pilar fundamental y modelo de empeño en mi desarrollo académico; por su apoyo incondicional durante mi recorrido universitario para no desmayar hasta conseguir mis objetivos.

A mi abuelo, Manuel Arteaga, quien a pesar de ya no estar a mi lado físicamente, me inculcó los valores para ser una gran persona y seguir desarrollándome en el servicio humanitario con quienes lo necesiten.

A Maribel, Vianeth, Alvaro, Franko y Alex, quienes me ofrecieron su alegría y apoyo emocional incondicional, fueron parte de la espléndida vida universitaria y formarán parte del resto de mi vida.

CLAUDIA

AGRADECIMIENTO

A Dios, por darme la vida, ser la luz en mi oscuridad y la guía en mi camino, quien me brindó del conocimiento, sabiduría y bendiciones para culminar exitosamente mis estudios universitarios.

A mi familia, por su amor y apoyo absoluto e inquebrantable, quienes me impulsaron a ser una gran persona y profesional.

A la M.Cs. Rosa Yturbe Pajares, quien me concedió su tiempo, conocimientos y enseñanzas a lo largo de este camino para finalizar satisfactoriamente la presente tesis.

Al Dr. Diomedes Malca, quien me abrió las puertas del Policlínico “San Antonio”, proporcionándome la accesibilidad a los datos necesarios para realizar el presente trabajo de investigación.

Nada de esto hubiera sido posible sin ellos.

¡MUCHAS GRACIAS!

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
LISTA DE TABLAS	vii
LISTA DE ANEXOS	viii
GLOSARIO DE TÉRMINOS	ix
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
INTRODUCCIÓN	xiii
CAPÍTULO I	15
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	15
1.1. Planteamiento del problema	15
1.2. Formulación del problema	17
1.3. Justificación	17
1.4. Objetivos	18
CAPÍTULO II	19
MARCO TEÓRICO	19
2.1. Antecedentes	19
2.2. Bases teóricas	21
2.3. Marco Conceptual	22
2.4. Variables	38
2.4.3. Operacionalización de variables	39
CAPÍTULO III	41
DISEÑO METODOLÓGICO	41
3.1. Diseño y Tipo de estudio	41
3.1.1. Diseño	41
3.1.2. Tipo de estudio	41

3.2. Población	41
3.3. Criterios de selección	41
3.3.1. Criterios de inclusión	41
3.3.2. Criterios de exclusión	41
3.4. Unidad de análisis	42
3.5. Marco muestral	42
3.6. Muestra	42
3.7. Selección de la muestra	42
3.8. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	43
3.8.1. Técnicas	43
3.8.2. Instrumentos	43
3.8.3. Proceso de recolección de datos	44
3.8.4. Validez y confiabilidad del instrumento	45
a. Validez.	45
b. Confiabilidad.	45
c. Prueba piloto.	45
3.9. Procesamiento, análisis y presentación de resultados	45
3.10. Consideraciones éticas	45
CAPÍTULO IV	47
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	47
CONCLUSIONES	55
RECOMENDACIONES	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
ANEXOS	62

LISTA DE TABLAS

Tabla 1:	Características sociodemográficas de los pacientes con dolor crónico neuropático atendidos en el Centro de Rehabilitación y Terapia del dolor Policlínico San Antonio. Cajamarca 2024	47
Tabla 2:	Satisfacción de los pacientes con dolor neuropático atendidos en el Centro de Rehabilitación y Terapia del Dolor. Policlínico San Antonio. Cajamarca 2024	49
Tabla 3:	Satisfacción según dimensiones con la atención recibida en pacientes con dolor neuropático del Centro de Rehabilitación y Terapia del Dolor. Policlínico San Antonio. Cajamarca 2024	52

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1: Resultados de la Prueba Piloto	634
ANEXO 2: Consentimiento informado	645
ANEXO 3: Encuesta para medir la satisfaccion de los usuarios	656

GLOSARIO DE TÉRMINOS

- **Ansiolíticos:** Fármacos que generan dependencia, se ligan a zonas determinadas en el receptor ácido gamma-aminobutírico (GABA), actuando directamente en el Sistema Nervioso Central, elevan la conducción del cloro y la polarización de la neurona, impulsando los efectos GABA y demás neurotransmisores inhibidores y bloquean demás sustancias químicas de este. Utilizados para el manejo de trastornos de ansiedad, pero por su efecto también se usan para el control y alivio del dolor crónico (1).
- **Antidepresivos:** Fármacos que aparte de ser utilizados en trastornos de depresión, también son utilizados en el del dolor neuropático para lograr el alivio a lo que se suman los antiepilépticos (2).
- **Antiepilépticos:** Grupo de medicamentos utilizados con mayor prevalencia en el manejo del dolor neuropático (2).
- **Coadyuvantes:** Son fármacos, que no son analgésicos en sí, pero su acción es de gran apoyo para aumentar la acción de un analgésico. Estos están distribuidos en todos los escalones de la escala analgésica del dolor. Se consideran a los antidepresivos, antiepilépticos, glucocorticoides, entre otros (2).
- **Coanalgésicos:** Grupo de medicamentos con acción analgésica, indicados tanto para el alivio del dolor como para trastornos emocionales, incrementando el efecto analgésico de otros medicamentos (3).
- **Neurolépticos:** Son los fármacos con acción en el sistema dopaminérgico, indicados principalmente en problemas de psicosis. Por sus efectos, se clasifican en neurolépticos de primera y segunda generación (4).
- **Neuromodulación:** Técnica invasiva que afecta el Sistema Nervioso Central y Periférico, consiste es originar una mínima frecuencia de estimulación nerviosa. Utilizada para tratar y disminuir casos de dolor crónico o lesiones del sistema neuromusculoesqueletico, es una alternativa terapéutica para aquellos pacientes en quienes no se logra el efecto deseado de otros tipos de tratamientos (5).

- **Nociceptores:** Son células nerviosas especializadas que responden a un estímulo percibido a nivel nociceptivo para que luego con la transmisión de información se convierta en un estímulo eléctrico (2).

- **Opioide:** Son los fármacos más potentes y altamente adictivos. En este grupo de medicamentos se consideran a los narcóticos con acción analgésica, utilizados en su mayoría de veces para el manejo del alivio del dolor moderado a severo (2).

- **SERVQUAL:** Técnica que permite medir la calidad de atención de un servicio, según las expectativas y percepciones de las personas que lo reciben (6).

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la satisfacción de los pacientes con dolor neuropático atendidos en el Centro de Rehabilitación y Terapia del dolor del Policlínico San Antonio, Cajamarca 2024. Es una investigación tipo prospectiva, transversal y descriptiva, realizada en una muestra de 73 pacientes con dolor crónico neuropático. Los datos se recogieron mediante el cuestionario SERVQUAL, que consta de 44 preguntas cerradas divididas en dos secciones: expectativas y percepciones sobre la satisfacción de los pacientes con dolor crónico neuropático, utilizando la escala Likert que permitió evaluar cinco dimensiones: fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y aspectos tangibles. Resultados: según las características sociodemográficas, 69,9% de los pacientes tenían entre 26 y 60 años, 64,3% hombres, 61,6% con nivel educativo superior universitaria, 98,6% con seguro privado y 53,4% fueron pacientes recurrentes. La satisfacción global del grupo de estudio fue del 64,1%. La satisfacción según las dimensiones revelaron satisfacción aceptable con porcentajes menores del 40% en cada una de ellas. Se concluye: los pacientes con dolor neuropático alcanzaron la satisfacción por las atenciones y servicios recibidos, así mismo lograron una satisfacción aceptable en las cinco dimensiones evaluadas.

Palabras clave: Satisfacción, dolor crónico, dolor crónico neuropático.

ABSTRACT

The objective of this study was to determine the satisfaction of patients with neuropathic pain treated at the Pain Rehabilitation and Therapy Center of the San Antonio Polyclinic, Cajamarca 2024. It is a prospective, cross-sectional and descriptive research, carried out in a sample of 73 patients with chronic neuropathic pain. The data were collected using the SERVQUAL questionnaire, which consists of 44 closed questions divided into two sections: expectations and perceptions about the satisfaction of patients with chronic neuropathic pain, using the Likert scale that allowed five dimensions to be evaluated: reliability, responsiveness, security, empathy and tangible aspects. Results: according to the sociodemographic characteristics, 69.9% of the patients were between 26 and 60 years old, 64.3% were men, 61.6% had a university higher education level, 98.6% had private insurance and 53.4% were recurrent patients. The overall satisfaction of the study group was 64.1%. Satisfaction according to the dimensions revealed acceptable satisfaction with percentages less than 40% in each of them. It is concluded: patients with neuropathic pain achieved satisfaction with the care and services received, and also achieved acceptable satisfaction in the five dimensions evaluated.

Keywords: Satisfaction, chronic pain, chronic neuropathic pain.

INTRODUCCIÓN

El dolor crónico neuropático, considerado como el dolor patológico, es un problema en salud pública a nivel mundial que ocasiona daños y deteriora el Sistema Nervioso somatosensorial, originando daños en las terminaciones nerviosas de los receptores periféricos y alterando la transmisión de la información percibida por la presencia o no de estímulos en el Sistema Nervioso Central. Este tipo de dolor puede ser producido o espontáneo, y su clínica presenta quemazón, hormigueos, picazón, hiperalgesia, entumecimientos y dolor por calor o frío.

Obtener el diagnóstico del dolor neuropático requiere de un trabajo en equipo para realizar la evaluación neuro – anatómica, pruebas complementarias, localización y características pertinentes que permitan la correcta identificación del dolor; así mismo reconocer las patologías que lo podrían ocasionar como Diabetes Mellitus, dolor del miembro fantasma, radiculopatías, cáncer. A causa de su complejidad, el tratamiento debe ser brindado por personal especializado y en base al diagnóstico con las distintas actividades farmacológicas y no farmacológicas de un equipo multidisciplinario además de la orientación hacia los pacientes acerca de la patología, tratamiento y posibles consecuencias.

Este dolor, por el diagnóstico y tratamiento complejo es una condición que origina malestar en los pacientes que lo padecen ya que les impide realizar sus actividades cotidianas y laborales, afectando su estado biológico, social, psicológico y económico. Por ello, conseguir la satisfacción de este tipo de pacientes es fundamental para brindarles de una recuperación integral y la calidad de vida que necesitan. Satisfacción que se logra mediante las acciones de los distintos profesionales de salud, reflejadas en sus capacidades, actitudes y aptitudes al momento de proporcionar las atenciones hacia los pacientes durante sus consultas, consiguiendo que las percepciones sobrepasen a las expectativas de los pacientes por los servicios recibidos y de esa manera satisfacer sus necesidades.

A través de este trabajo de investigación se determinó la satisfacción de los pacientes con dolor neuropático en el Centro de Rehabilitación y Terapia del dolor del Policlínico San Antonio de Cajamarca para que a través de los resultados obtenidos se pueda orientar al personal de salud acerca del manejo de estos pacientes, conocer el tratamiento, minimizar los efectos adversos y velar por la necesidad de mejorar aspectos relacionados a la patología.

Esta investigación está estructurada en 4 capítulos: Capítulo I. Problema de investigación, comprende el planteamiento y formulación del problema, justificación y objetivos. Capítulo II.

Marco Teórico, incluye antecedentes, bases teóricas, marco conceptual y variables. Capítulo III. Diseño Metodológico, hace referencia al diseño y tipo de estudio, población, criterios de selección, unidad de análisis, marco muestral, muestra, selección de la muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, además del procesamiento, análisis, presentación de los resultados y consideraciones éticas. Capítulo IV. Abarca la presentación de los resultados y discusión, así como también las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.Planteamiento del problema

El dolor es un síntoma que afecta a la persona en múltiples niveles: sensorial, fisiológico, cognitivo, afectivo y conductual, y representa una de las principales razones de consulta médica. La International Association for the Study of Pain (IASP) lo define como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a daño tisular real o potencial, aunque no siempre esté directamente relacionado con daño tisular (1). El dolor se clasifica como agudo o crónico; este último se caracteriza por ser persistente por más de tres meses y es reconocido como enfermedad y problema de salud pública por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) desde 2019 (7).

El dolor neuropático, un subtipo del dolor crónico, causado por una lesión en el sistema nervioso somatosensorial, generalmente es el resultado de enfermedades inflamatorias, autoinmunes o canalopatías, afectando la transmisión de señales hacia el sistema nervioso central y periférico (8). Este prototipo de dolor puede causar sufrimiento, discapacidad y deterioro de la calidad de vida de los pacientes. A pesar de la existencia de diversos tratamientos, la falta de especialistas y el acceso limitado a servicios adecuados complican el diagnóstico y manejo del dolor neuropático, lo que lleva a muchos pacientes a buscar otras alternativas clínicas (9).

A nivel global, el dolor neuropático afecta entre el 3% y 10% de la población, siendo la neuropatía diabética una causa dominante (10,11). En Europa, hasta el 10% de la población lo padece, y en España, el 32% experimenta algún tipo de dolor crónico (12). En América Latina, aproximadamente el 2% de la población, es decir, 13 millones de personas, sufre de dolor neuropático, asociados con trastornos psicológicos como depresión y ansiedad (13,14).

En Perú, no se cuenta con datos concretos sobre la prevalencia del dolor neuropático, aunque en el Hospital María Auxiliadora de Lima, el 25,6% de los pacientes presenta esta condición, a menudo se la asocia con cáncer, diabetes y enfermedades renales (15,16).

En Cajamarca, no existen investigaciones locales que aborden a fondo esta situación de salud específica. Así mismo se carece de estadísticas precisas sobre la población afectada, lo que dificulta la comprensión del alcance real del problema. La región experimenta una escasez de personal especializado para abordar esta problemática. Las instalaciones existentes no cumplen con los requisitos mínimos para el manejo óptimo de estos casos. Y no se cuenta con los instrumentos y tecnologías esenciales para proporcionar una atención de calidad.

En relación al tratamiento para el dolor neuropático, pese a las opciones farmacológicas y no farmacológicas, aún existen deficiencias que originan la incapacidad de brindar satisfacción completa a los pacientes con el alivio de su dolor. Los autores refieren que esto es debido a la falta de actualización en tratamientos del dolor, administración de los fármacos para este tipo de pacientes, los efectos adversos y el dejar de lado técnicas de neuromodulación, ozonoterapia o bloqueos nerviosos (10,17,18). Así mismo no se considera oportunamente un tratamiento multimodal con el respectivo enfoque multidisciplinario, lo cual en manera conjunta ofrece una mejor alternativa de recuperación en este tipo de pacientes (9).

La satisfacción del paciente es un indicador importante de la calidad de la atención recibida; sin embargo, las expectativas que los pacientes tienen respecto a su tratamiento pueden no estar alineadas con la realidad de la atención proporcionada. Esta discrepancia puede generar insatisfacción, lo que afecta tanto la adherencia al tratamiento como los resultados clínicos. Es crucial identificar los factores que contribuyen a esta insatisfacción, tales como la falta de empatía, la insuficiencia de información y las demoras en el tratamiento. Abordar estos problemas es vital para mejorar tanto la atención como la calidad de vida de los pacientes (19).

El cuestionario SERVQUAL se utilizó para medir de manera objetiva estas variables y orientar mejoras en los servicios de salud (20). Dada la persistente problemática del dolor neuropático, es crucial mejorar la calidad de los servicios y la satisfacción del paciente para disminuir el impacto de esta afección y mejorar su calidad de vida. Por ello, la presente investigación opta por describir la satisfacción en pacientes con dolor crónico neuropático atendidos en el Policlínico San Antonio, ubicado en la ciudad de Cajamarca, el cual proporciona servicios especializados en distintas áreas de la salud; sin embargo se caracteriza por brindar una atención enfatizada a pacientes con diferentes tipos de dolor

crónico, donde el personal de Enfermería realiza actividades en administración de medicamentos, masoterapia, terapias de calor o frío, entre otras que tienen el propósito de brindar una atención y recuperación eficaz a cada uno de los pacientes.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la satisfacción de los pacientes con dolor neuropático atendidos en el Centro de Rehabilitación y Terapia del Dolor del Policlínico San Antonio, Cajamarca 2024?

1.3. Justificación

El dolor neuropático, causado por lesiones en el sistema nervioso periférico o central, o asociado a condiciones como la neuropatía diabética, el dolor lumbar, las radiculopatías, o las secuelas postquirúrgicas del cáncer, constituye un desafío de salud a nivel mundial. Este tipo de dolor afecta múltiples dimensiones de la vida del paciente, incluyendo la biológica, psicológica, social y económica, lo que repercute negativamente en su calidad de vida. Los cambios neuroplásticos derivados de estas lesiones se reflejan en los síntomas clínicos, por lo que es fundamental identificar y evaluar correctamente estos cambios para diseñar tratamientos multidisciplinarios que mejoren la satisfacción del paciente, reduzcan el dolor y la discapacidad asociada (8).

El presente estudio es importante para comprender la satisfacción de los pacientes que recibieron atención en el Centro de Rehabilitación y Terapia del Dolor del Policlínico San Antonio. Así mismo permitió identificar qué aspectos del servicio influyen positiva o negativamente en su bienestar y calidad de vida. Además, poder reconocer la efectividad de los tratamientos convencionales y no convencionales empleados, para identificar áreas de mejora que conduzcan a una recuperación más adecuada y progresiva de los pacientes.

Dado que existen escasos estudios que aborden la realidad del dolor neuropático y su manejo, especialmente en Cajamarca, esta investigación aportó valor científico al proporcionar una base sólida de información para mejorar el conocimiento de los profesionales de la salud. También sirvió de referencia para futuras investigaciones en este campo, sugiriendo el posible desarrollo de guías y estrategias que orienten al personal de salud en el manejo efectivo del dolor neuropático, para incrementar el nivel de satisfacción de los pacientes mediante la optimización de los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos (9,10,17,18).

Fue de utilidad para el personal de salud, al proporcionar evidencia científica que respalde la correcta aplicación de tratamientos y procedimientos clínicos. Esto es crucial en casos de acusaciones por mala praxis o disputas relacionadas con la atención brindada. Además, esta investigación al contar con un respaldo basado en datos empíricos, fortaleció la defensa del personal de salud, validando las intervenciones realizadas en favor del bienestar de los pacientes, y destacando el compromiso ético y moral de los profesionales involucrados.

La investigación fue viable gracias al respaldo institucional, financiero y humano del Centro de Rehabilitación y Terapia del Dolor del Policlínico San Antonio. La accesibilidad a recursos necesarios y la cooperación de las autoridades, personal de salud y pacientes que garantizaron la ejecución efectiva del estudio, lo que aportó información valiosa para optimizar los servicios de atención en el manejo del dolor neuropático.

1.4.Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Determinar la satisfacción de los pacientes con dolor neuropático atendidos en el Centro de Rehabilitación y Terapia del Dolor del Policlínico San Antonio en Cajamarca 2024.

1.4.2. Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas de los pacientes que conforman el grupo de estudio.
- Analizar la satisfacción de los pacientes con dolor crónico neuropático de acuerdo a las diferentes dimensiones establecidas en SERVQUAL.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Internacionales

Alcántara A. (España, 2022) publicó en la revista de Neurología Viguera el artículo titulado: Abordaje farmacológico del dolor neuropático: pasado, presente y futuro. En él, define el dolor neuropático como aquel asociado a una lesión o enfermedad del sistema nervioso somatosensorial, destacando la alta necesidad médica y la frecuencia de fracasos terapéuticos en su manejo. El artículo se centra en la actualización del tratamiento farmacológico basado en las guías clínicas publicadas y en los fármacos en desarrollo. Según la literatura revisada, el autor concluye que el tratamiento del dolor neuropático incluye medicamentos de primera línea, como los antidepresivos tricíclicos, pero subraya la importancia de actualizar constantemente las guías clínicas para mejorar el abordaje terapéutico en estos pacientes (10).

Blamaceda A. et al. (Costa Rica, 2022) publicaron el artículo titulado: Dolor neuropático (DN): aspectos fundamentales de patogénesis, terapia con antidepresivos, relaciones estructurales y nuevas estrategias terapéuticas en desarrollo. En su revisión de la literatura científica, describen el DN como el resultado de una lesión que provoca daño en un nervio del sistema somatosensorial, alterando su función. El tratamiento estándar incluye antidepresivos tricíclicos e inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina como medicamentos de primera línea. Sin embargo, debido al alto número de casos, la limitada eficacia de estos analgésicos y el alto índice de efectos adversos, se recomienda realizar revisiones e investigaciones para mejorar las opciones terapéuticas y desarrollar nuevas estrategias de tratamiento (21).

Plancarte R. et al. (México, 2020) publicaron el artículo titulado: Dolor neuropático localizado, en el que describen las diversas formas y características del dolor neuropático (DN). Una de las clasificaciones del DN es el dolor neuropático periférico, que a su vez se subdivide en dolor neuropático localizado, representando este el 60% de las afecciones de DN. Este tipo de dolor afecta con mayor frecuencia a personas mayores de 55 años, siendo la neuropatía diabética su causa principal. El diagnóstico del dolor neuropático localizado es similar al de otros síndromes dolorosos, y debido a

la falta de guías clínicas específicas, el tratamiento incluye el uso de parches de lidocaína al 5% y capsaicina al 8%, que han mostrado ser efectivos en la recuperación del paciente. Estos tratamientos tópicos y medicamentosos se han implementado para mejorar el manejo de este tipo de dolor (11).

2.1.2. Nacionales

Wanderley W. (Pucallpa, 2022) realizó una investigación titulada: Frecuencia de dolor neuropático en diabéticos atendidos en el Centro de Salud Fraternidad 2021-2022. El objetivo del estudio fue identificar la relación entre el dolor neuropático y la clínica de neuropatía diabética, así como determinar su frecuencia en los pacientes diabéticos atendidos en dicho centro. El estudio descriptivo y transversal incluyó a 305 pacientes. Los resultados mostraron que las mujeres tienen un 3.84% más de probabilidad de experimentar dolor neuropático en comparación con los hombres. El estudio concluye que el 66% de los participantes (208 pacientes) presentan dolor neuropático, indicando que esta condición es prevalente entre los pacientes diabéticos (22).

Noblecilla W. (Chiclayo, 2021) realizó una investigación titulada: Sistema experto de apoyo al diagnóstico temprano de dolor neuropático. Su estudio se centró en diseñar y desarrollar una base de conocimientos utilizando lógica difusa, reglas lógicas y un sistema inteligente, con el objetivo de facilitar el diagnóstico temprano del dolor neuropático. La metodología Commonkads se aplicó a una muestra de 50 participantes. Los resultados revelaron siete categorías de dolor neuropático basadas en el cuadro clínico de cada paciente, las cuales fueron validadas por un neurólogo experto. Aunque el autor reconoce que los resultados no son perfectos, concluye que el sistema creado cumple adecuadamente su función de apoyo en el diagnóstico temprano (16).

2.1.3. Locales

A pesar de que el dolor crónico neuropático es una problemática significativa en la población, no se han realizado estudios, artículos o investigaciones científicas en el departamento de Cajamarca que proporcionen orientación o información sobre la realidad de este problema de salud pública a nivel local.

2.2. Bases teóricas

- 2.2.1. Teoría de la desconfirmación de expectativas (EDT). También conocida como la Teoría de expectativas y desconfirmación, fue propuesta por Oliver en 1980. Esta teoría, basada en modelos cognitivos de percepción del consumidor, ofrece una perspectiva distinta sobre cómo lograr la satisfacción, centrándose en las expectativas como el factor principal de evaluación. La teoría explica cómo el comportamiento del usuario respecto a la satisfacción con productos o servicios se basa en la comparación entre sus expectativas previas y sus percepciones posteriores al consumo. La satisfacción se determina por la desconfirmación de expectativas experimentada por el usuario. Esta teoría se puede aplicar utilizando el modelo SERVQUAL, que facilita la interpretación de la calidad del servicio al evaluar las expectativas y percepciones de los usuarios (23).
- 2.2.2. Modelo de dolor crónico y enfoque bio-psico-social. A lo largo del tiempo, los modelos para entender el dolor han evolucionado. El modelo biomédico, basado en los principios de la medicina hipocrática, consideraba el dolor solo desde una perspectiva anatómica y funcional. Entre 1789 y 1858, Richard Bright amplió este enfoque integrando hallazgos clínicos con datos de laboratorio. Este modelo dominó hasta el siglo XX, enfocándose exclusivamente en aspectos médicos.

A partir de 1977, George Engel introdujo el modelo bio-psico-social, que amplía la comprensión del dolor crónico al considerar no solo los aspectos biológicos, sino también los factores psicológicos y sociales (24). Este enfoque integral y holístico define el dolor crónico como una experiencia compleja que involucra enfermedades, cognición y comportamiento del paciente. Explica cómo el dolor afecta a la persona no solo desde una perspectiva física, sino también en términos de sus sentimientos, creencias y relaciones interpersonales.

El tratamiento del dolor crónico según este modelo incluye tanto intervenciones farmacológicas como estrategias de terapia cognitivo-conductual. Esta última se centra en reducir el sufrimiento emocional y las limitaciones funcionales, mejorando cómo los pacientes enfrentan y adaptan sus vidas al dolor. Las creencias del paciente sobre su discapacidad influyen directamente su capacidad para realizar actividades, afectando su bienestar emocional y calidad de vida. Si un paciente percibe un alto nivel de

discapacidad, es probable que limite sus actividades físicas, lo que puede agravar problemas como la depresión, la ansiedad y el insomnio (2).

2.2.3. Teoría de la puerta de entrada. Teoría propuesta por Patrick David Wall y Ronald Melzack en 1965 en su artículo titulado: Pain Mechanism: a New Theory (25), ofrece una explicación integral del dolor considerando componentes psicológicos, clínicos y anátomo – fisiológicos. Esta teoría destaca la importancia neurofisiológica de las estructuras periféricas y centrales del sistema nervioso en la percepción del dolor, introduciendo el concepto de compuertas en el sistema nervioso medular que regulan la transmisión del dolor.

Según esta teoría, el dolor neuropático se comprende a través de los mecanismos del Sistema Nervioso Central y Periférico, considerando la interrelación entre neuronas y factores afectivos, psicológicos y sensoriales que contribuyen a la complejidad del dolor. El modelo incluye tres dimensiones clave: la dimensión sensorial-discriminativa, que evalúa la percepción del dolor; la dimensión motivacional-afectiva, que aborda los aspectos emocionales del dolor; y la dimensión cognitiva-evaluativa, que analiza e interpreta el dolor (25).

La teoría sugiere que los estímulos no dolorosos pueden cerrar las compuertas al dolor, reduciendo su percepción al cerebro. Estas compuertas en la médula espinal regulan la intensidad del dolor según su apertura o cierre. Factores como el estrés, alteraciones mentales y estilos de vida negativos tienden a mantener las compuertas abiertas, aumentando la percepción del dolor, mientras que situaciones de relajación y alegría tienden a mantenerlas cerradas, disminuyendo la sensación dolorosa (26).

Estas teorías y modelos fueron fundamentales para esta investigación, proporcionando información valiosa para el análisis y discusión de la misma así como entender los mecanismos del dolor y las estrategias de tratamiento establecidas. Ayudó a mejorar las actividades clínicas y estrategias de tratamiento, con el objetivo de satisfacer las necesidades de los pacientes y mejorar su calidad de vida.

2.3. Marco Conceptual

A. Satisfacción. Se refiere a una evaluación cognitivo-emocional que refleja el grado de éxito en cumplir con las expectativas de los servicios proporcionados por una entidad pública o

privada. Cuando se alcanza un alto nivel de satisfacción, el paciente experimenta una sensación de bienestar y plenitud. En contraste, una satisfacción inadecuada puede resultar en un sentimiento de descontento y sufrimiento (20,27).

Satisfacción en la atención en salud. La calidad de la atención en salud es un indicador crucial en el sistema de salud, directamente relacionada con la satisfacción de los pacientes. Esta calidad es un tema de debate constante debido a los numerosos factores involucrados, por ello, evaluar la satisfacción permite identificar áreas de mejora y fortalecer las prácticas existentes, con el fin de ofrecer una atención que responda adecuadamente a las necesidades de los pacientes (20).

Para medir la satisfacción de los pacientes en los servicios de salud, se utiliza el documento técnico denominado Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado por el Ministerio de Salud. Este documento evalúa factores como la relación entre el personal de salud y el paciente, la duración y carácter de la consulta, el diagnóstico, tipo de tratamiento, así como factores demográficos y socioeconómicos que afectan la accesibilidad del usuario (20,28).

El cuestionario SERVQUAL, herramienta multidimensional ampliamente adoptada tanto a nivel nacional como internacional, se utiliza para medir las expectativas y percepciones de los pacientes sobre la calidad de los servicios de salud. A través de SERVQUAL, se puede evaluar la calidad de la atención y determinar la satisfacción de los usuarios, facilitando la identificación de áreas que requieren mejora y contribuyendo a la optimización de la calidad de vida en los pacientes (28). Las dimensiones para evaluar la calidad de la atención se pueden desglosar de la siguiente manera:

- **Fiabilidad:** Se refiere a la capacidad de brindar un servicio de atención de manera consistente y exitosa. Esta dimensión se evalúa a través de las preguntas 1 a 5.
- **Capacidad de Respuesta:** Se relaciona con la preparación del personal para ofrecer servicios de manera rápida y oportuna. Las preguntas 6 a 9 abordan esta dimensión.
- **Seguridad:** Evalúa la actitud del personal de salud y la confianza que genera al realizar sus tareas, demostrando sus habilidades y competencias. Esta dimensión se mide con las preguntas 10 a 13.

- **Empatía:** Implica la capacidad del personal para ponerse en el lugar del paciente y entender situaciones que puedan afectarlo. Las preguntas 14 a 18 evalúan esta dimensión.
- **Aspectos Tangibles:** Se refiere a los elementos físicos, como la infraestructura, el equipo, y las condiciones del entorno, que los pacientes perciben del establecimiento de salud. Esta dimensión está cubierta por las preguntas 19 a 22.

Para considerar que cada una de estas dimensiones es aceptable, el resultado debe ser inferior al 40%. Un puntaje superior a este umbral indicaría la necesidad de mejoras en esa dimensión. (28).

B. Dolor

La Asociación Internacional del Estudio para el Dolor (IASP), define a este como una experiencia desagradable sensorial y emocional asociada o no a un trauma en los tejidos del organismo, real o potencial. Será la experiencia subjetiva que produce alteraciones a nivel biopsicosocial y económico. Es un proceso complejo, ya que no todos los tipos de dolor son iguales pues son diversos los estímulos que desencadenan la percepción de este, los cuales son gestionados principalmente por el sistema nervioso central, cuya función es enviar una señal de alarma al cerebro y reducir la exposición al factor causante del dolor previniendo posibles consecuencias. Este proceso de transmisión de información se denomina **nocicepción** y ocurre a través de los nociceptores, también conocidos como receptores sensoriales, son neuronas especializadas que tienen la capacidad de diferenciar entre estímulos que son inofensivos y aquellos que pueden causar daño (29-31).

Por lo tanto, los nociceptores son responsables de detectar el dolor a través de las aferencias sensitivas, las cuales desencadenan respuestas protectoras adaptativas. Cuando reciben un estímulo, lo convierten en información que se transmite al cerebro, que a su vez produce una respuesta defensiva sensorial mediante la activación del sistema inmunitario, el cual implementa mecanismos de defensa en la zona estimulada o lesionada. Este proceso fisiológico del dolor se divide en cuatro etapas:

- **Transducción:** Es el proceso en el que un estímulo nociceptivo se convierte en una señal eléctrica.
- **Transmisión:** Se refiere al paso de la señal eléctrica desde el sitio de origen hacia las áreas sensoriales del sistema nervioso central.

- **Modulación:** En esta fase, se activan las vías descendentes y los sistemas inhibidores que reducen la sensación de dolor.
- **Percepción o integración:** Es la etapa final en la que los procesos previos interactúan de forma individual, generando la experiencia subjetiva del dolor y la respuesta de defensa correspondiente.

Además, la percepción del dolor está influenciada por diversos factores, como el estado emocional o las creencias de la persona. Esto se debe a que las vías de transmisión del dolor no solo atraviesan la médula espinal, el tálamo y las áreas sensoriales, sino que también llegan al sistema límbico y al hipotálamo, que son responsables de regular las emociones. Como resultado, la experiencia dolorosa puede estar acompañada de otros síntomas, como náuseas, sudoración o angustia (8).

En cuanto a la sintomatología, investigaciones realizadas por expertos indican que el dolor no es simplemente un síntoma. Su cuadro clínico conlleva una serie de características subjetivas que solo pueden ser evaluadas durante la consulta médica, considerando factores como el origen, tipo y localización. No obstante, la mayoría de los pacientes describen su sintomatología como una sensación desagradable localizada en alguna parte del cuerpo. Sus causas son variadas y dependen del tipo de dolor que experimenten los pacientes, el médico debe tener en cuenta la existencia previa de un diagnóstico o alguna nueva condición identificada al momento de la consulta para un diagnóstico final y preciso (7,30).

Para una mejor evaluación del dolor, se presenta la siguiente clasificación:

- **Según su duración:**

Dolor agudo: Se presenta de manera simultánea con un daño en los tejidos orgánicos y suele desaparecer en un corto período. Su intensidad depende del estímulo que lo origina.

Dolor crónico: Persiste por más de 3 meses y puede estar relacionado con un estímulo persistente o con una enfermedad crónica degenerativa.

- **Según su origen o fisiopatología:**

Dolor nociceptivo: Es causado por la estimulación de los nociceptores del sistema nervioso central en respuesta a un daño o enfermedad.

Dolor neuropático: Surge debido a la afectación directa del sistema nervioso central o a una lesión en los nervios periféricos. También se conoce como dolor patológico, ya que se produce por una alteración en la transmisión de señales hacia el sistema nervioso central y periférico.

Dolor psicógeno: Se origina principalmente por alteraciones psicológicas, como trastornos de ansiedad o depresión.

▪ **Según su localización:**

Dolor somático: Afecta tejidos del cuerpo como la piel, el sistema musculoesquelético y los vasos sanguíneos.

Dolor visceral: Impacta los órganos internos o las vísceras, así como los tejidos somáticos del organismo.

Dolor central y periférico: Se clasifica según la zona del sistema nervioso afectada y si es producto de una lesión o enfermedad.

▪ **Según su curso:**

Dolor continuo: Persiste de manera constante durante varios días sin mostrar alivio.

Dolor irruptivo: Es un dolor repentino que se manifiesta con exacerbaciones temporales y de corta duración.

▪ **Según su intensidad:**

Dolor leve: De baja intensidad, permite al paciente realizar sus actividades diarias sin mayores inconvenientes.

Dolor moderado: Presenta una intensidad que dificulta la realización de actividades cotidianas.

Dolor intenso: Es de una intensidad muy alta, resulta insoportable, impide realizar actividades y afecta incluso el descanso (32).

Además, durante el momento del examen físico, se logran evaluar las características del dolor:

- **Localización y distribución:** Características que indican la ubicación y posible extensión del dolor. Se presenta como:

Dolor Localizado: Es el dolor identificado en su lugar de origen continuo e insidioso por estimulación nociceptiva – somática.

Dolor Irradiado: Dolor con distribución segmentaria o periférica, puede estar relacionado con aumento de la sensibilidad ante estímulos (Hiperalgnesia o hiperestesia).

Dolor Referido: Dolor de difícil localización. Es perceptible en distintas partes del cuerpo por afectar a una o más raíces nerviosas que se encargaran de extender el dolor a zonas distintas del lugar de origen. El daño puede ser:

Somático: Dolor producido por la activación de los nociceptores de la estructura del cuerpo. Es localizado y se cataloga por ser punzante y sordo, descrito como una presión que se extiende.

Visceral: Dolor con origen en un órgano interno que daña a los tejidos cercanos. En la mayoría de los casos se presenta como un dolor difuso con el aumento de la sensibilidad siendo difícil de localizar.

Dolor psicógeno: Es el dolor originado por alteraciones psiquiátricas o psicológicas. No existe una localización y distribución adecuada que identifique el patrón neuroanatómico y etiología que lo produce.

- **Cualidad e Intensidad:** Permiten reconocer el dolor en sí, según sus cualidades como: profundidad, continuidad, tipo punzante, quemazón, cólico, opresivo o sordo. La intensidad será determinada como dolor leve, moderado o severo mediante el uso de escalas y lo que el paciente refiere en su evaluación.
- **Duración y periodicidad:** Estas características son determinadas por las manifestaciones del paciente durante su examen, indicando la presencia de un dolor intermitente o continuo y las circunstancias que elevan o minimicen su intensidad.
- **Factores que aumentan o disminuyen el dolor:** Son los determinantes de salud y factores biopsicosociales que repercuten directamente en el diagnóstico y tratamiento afectando positiva o negativamente en la recuperación de los pacientes (33).

Para el oportuno diagnóstico y evaluación del dolor se utilizan métodos para su mejor clasificación. Principalmente, los datos necesarios son obtenidos y reflejados al momento de examinar al usuario, además de sus registros clínicos, antecedentes y factores biopsicosociales relacionados que ayudarán al posterior tratamiento adecuado. A fin de calcular el grado de intensidad del dolor se utilizan escalas que indicarán lo que el paciente

refiere, siendo las más utilizadas: La Escala Visual Análoga (EVA), Escala Numérica Verbal (ENV), Escala Descriptiva (ED) y Escala Facial (EFA) (33).

- **Escala Visual Análoga (EVA):** Instrumento que presenta una línea horizontal de 10cm y palabras a cada extremo, el límite izquierdo indica carencia del dolor y el límite derecho indica el dolor mayor posible e insoportable que podría sentir la persona. Esta escala esta correlacionada con la escala numérica verbal por lo que también se puede interpretar como dolor leve, moderado y severo. Para obtener el resultado, se pide al paciente que indique el número de intensidad que considere que el siente (33).
- **Escala Numérica Verbal (ENV):** Instrumento utilizado con frecuencia por el personal de salud, representado por los números del 0 al 10, en donde el número 0 es la privación del dolor y 10 es el punto de máxima intensidad. Valores menores al 4 indican dolor leve, 5 y 6 dolor moderado – grave y los valores superiores al 6 son dolores intensos. Estudios estiman presencia del dolor a partir del número 3. Para obtener el resultado, el paciente es quien indica el número que considere la intensidad de su dolor (30).
- **Escala Descriptiva Simple o de Categoría Verbal (ED):** Herramienta que describe la intensidad del dolor mediante la expresión: ausente, leve, moderado, severo o grave e insoportable; con una puntuación de 0 a 4, donde: 0 es ausencia de dolor; 1 dolor leve; 2 dolor moderado; 3 dolor grave y 4 dolor insoportable. Cada palabra y puntuación representa un significado distinto para los pacientes, ofreciendo descripciones relativas del dolor percibido. En la mayoría de los casos es utilizado en adultos mayores y pacientes con problemas cognitivos (34).
- **Escala Facial (EFA):** Es un instrumento representado por 6 u 8 caras con distintas expresiones que indicarán la intensidad del dolor del paciente. Estas expresiones comienzan por el lado izquierdo con la ilustración de una cara sonriente que progresivamente va cambiando y termina en llanto al lado derecho. Es utilizada en niños y pacientes con dificultad cognitiva o del lenguaje (35).

Luego de la evaluación del paciente con las distintas características del dolor, se resalta la ética y el profesionalismo del equipo de salud para brindar el tratamiento oportuno estimando antecedentes clínico – familiares y factores etiológicos, así como también el mecanismo de acción y posibles reacciones adversas ante los medicamentos del

tratamiento. Este enfoque busca minimizar efectos secundarios o consecuencias no deseadas. Además, es crucial tener en cuenta la relación entre el tratamiento y la satisfacción del paciente, ya que mayor satisfacción con el tratamiento conlleva a una mejor recuperación (36):

- **Tratamiento no farmacológico:** Incluye una variedad de terapias alternativas que ayudan a controlar o reducir el nivel de dolor, especialmente en casos del dolor leve a moderado. Entre estas terapias se encuentran el yoga, la musicoterapia, los ejercicios de respiración, la acupuntura, entre otros (37).
- **Tratamiento farmacológico:** Las opciones para que se brinde este tipo de tratamiento, es variado, existen una serie de medicamentos por los que se optan para aliviar el dolor; sin embargo, se debe tener en cuenta que para la elección adecuada se debe considerar la intensidad, tipo y etiología del dolor. Este tipo de tratamiento, trabaja según la escala analgésica de la OMS y usualmente se comienza con el primer escalón analgésico que irá aumentando de acuerdo al nivel del dolor que el paciente presente (36).

Escala Analgésica de la Organización Mundial de la Salud. Es una herramienta desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que se organiza en 3 niveles o escalones, aunque algunos autores mencionan un cuarto escalón. Estos niveles clasifican los medicamentos según la intensidad del dolor que presenta el paciente: leve, moderado, severo y grave.

Primer escalón: Incluye analgésicos no opioides para tratar el dolor leve.

Segundo escalón: Combina opioides débiles con analgésicos del primer escalón para manejar el dolor moderado.

Tercer escalón: Utiliza opioides potentes junto con los analgésicos de los escalones anteriores para el dolor severo.

Cuarto escalón: Considera métodos invasivos, como cirugías, junto con los medicamentos de los escalones anteriores para el dolor grave (38).

- **Tipos de Analgésicos**

- **Analgésicos no opioides:** Medicamentos de primera línea, que incluyen los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs). Son efectivos para aliviar el dolor leve a moderado mediante la inhibición de la producción de prostaglandinas a través de la enzima ciclooxigenasa 1 y 2. Su uso debe ser limitado a ciclos cortos, de no más de

7 días, debido al riesgo de efectos adversos como sangrado gastrointestinal o insuficiencia renal. Entre los fármacos de esta clase se encuentran el paracetamol, metamizol, ibuprofeno, diclofenaco, naproxeno sódico, aspirina, ketorolaco (2).

- **Analgésicos opioides:** Utilizados para el manejo del dolor moderado a intenso, especialmente en pacientes con enfermedades degenerativas o terminales. Son los fármacos que interactúan con los receptores opioides en las neuronas del SNC para recuperar la funcionalidad y reducir la percepción del dolor. Dado su alto potencial de adicción, deben prescribirse en dosis mínimas y en situaciones específicas. También se utilizan como anestésicos o sedantes en procedimientos invasivos. Algunos de los medicamentos en esta categoría son la morfina, fentanilo, tramadol, codeína, naloxona y buprenorfina (38,39).
- **Consideraciones para el uso de la Escala Analgésica de la OMS**
 - El tratamiento debe comenzar en el primer escalón y avanzar gradualmente según la valoración del médico tratante.
 - La OMS recomienda iniciar la escala en pacientes con un nivel de dolor igual o superior a 3.
 - Cada nivel de la escala incluye analgésicos combinados con coadyuvantes como antidepresivos, neurolépticos y ansiolíticos, todos orientados a proporcionar alivio del dolor (38).

C. Dolor crónico

Se establece al dolor crónico, como gran problemática de Salud Pública mundialmente y es definido como un síntoma complejo y persistente con un intervalo superior a 3 meses con probabilidad de prolongarse por años. Este dolor ocasiona sufrimiento constante y discapacidad progresiva con consecuencias biológicas, sociales y psicológicas que perjudican la calidad de vida de los pacientes debido a la relación con los factores multidimensionales, es así que pasa a ser reconocido como una enfermedad desde el 2019. Su fisiopatología se origina de distintas maneras, según el estímulo procesado y las sensaciones dolorosas sin daño tisular. Se presenta como (8):

Alodinia: Dolor que es producto de un estímulo no doloroso pero que ocasiona la elevación de la sensación dolorosa.

Hiperalgnesia: Es la respuesta del estímulo doloroso con aumento de la sensibilidad. Puede ser primaria o secundaria, al presentarse en las mismas zonas lesionadas o estar alejadas a ella.

Dolor persistente: Se da con el aumento de la sensación dolorosa.

Dolor referido: Es la irradiación del dolor hacia tejidos u órganos que inicialmente no fueron afectados.

De este modo, el dolor crónico se produce por los cambios en el Sistema Nervioso Central generando la sensibilización en los nociceptores que se encargarán de transmitir la información del estímulo, pero es el cerebro quien realmente determine la existencia o no del dolor. Así también, la clínica en los pacientes con este dolor están relacionados a un conjunto de síntomas depresivos y ansiosos como: trastornos del sueño, problemas en la alimentación, pérdida de peso y problemas digestivos que van surgiendo paulatinamente con el progreso de la patología. Estos síntomas cambian negativamente los estilos de vida y el bienestar en la salud de los pacientes (8,40).

Las causas del dolor crónico son variadas y algunas de ellas desconocidas o de difícil reconocimiento; sin embargo, en la mayoría de veces se asocia a lesiones, infecciones, traumas, cirugías o enfermedades que producen daño neurológico, como fibromialgias, osteoartritis, lumbalgias, cefaleas, miembro fantasma, neuralgias, dolor abdominal crónico, cáncer. Estas patologías pueden intensificar el dolor con exposición de factores ambientales y psicológicos. Así mismo, menciona al dolor crónico primario y secundario como la clasificación frecuente del dolor crónico con la que trabaja el personal de salud caracterizados por la alteración funcional o emocional sin otras causas explicables y por la sintomatología a raíz de otra enfermedad subyacente (41).

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud desde el año 2019, junto a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE – 11) refiere que el dolor crónico se subdivide en siete grupos, los cuales son (42):

- **Dolor crónico primario:** Es un dolor persistente que sobrepasa los 3 meses y se presenta en una o varias zonas del organismo. Está asociado a factores emocionales siendo la etiología única y principal. Se consideran: al dolor crónico generalizado, síndrome del colon irritable y fibromialgias.

- **Dolor crónico oncológico:** En las personas con enfermedad oncológica, el dolor es un síntoma que aqueja y produce estados de fatiga y debilidad. Puede ser debido al desarrollo de un tumor primario, metástasis o durante los tratamientos de radioterapias o quimioterapias. Tiene una subdivisión según la zona afectada: dolor neuropático, musculoesquelético, visceral y según la duración: dolor continuo o intermitente.
- **Dolor crónico postraumático y posquirúrgico:** Es un dolor persistente en los pacientes que sufrieron de algún daño traumático en los tejidos del organismo como lesiones, quemaduras o por alguna intervención quirúrgica.
- **Dolor crónico neuropático:** Dolor complicado de tratar que se produce a raíz de una enfermedad en el Sistema Nervioso somatosensorial. Los pacientes con este tipo de dolor muestran molestias intensas tipo quemante o eléctrico, además de ser asociado a trastornos de la percepción disminuidos o aumentados como hipoestésias, hiperestésias o parestesias. Su diagnóstico requiere de un trabajo multidisciplinario por los daños en el Sistema Nervioso.
- **Dolor crónico orofacial:** También conocido como cefaleas crónicas, con frecuencia este es el dolor que se produce por alteraciones temporomandibulares, a causa de problemas en el movimiento de la articulación maxilar y músculos de su alrededor.
- **Dolor crónico visceral:** Es un dolor que básicamente tiene su origen en los órganos internos de distintas partes del cuerpo, llegando a ser percibido en los tejidos somáticos (tejido subcutáneo, músculos, piel) por la alta inervación sensitiva en el órgano de origen. Los mecanismos principales que lo provocan puede ser una inflamación, obstrucción, distensión, isquemia, compresión o trombosis.
- **Dolor crónico musculoesquelético:** Dolor ocasionado por una patología degenerativa, que afecta a huesos, articulaciones, sistema muscular y los tejidos cercanos a las zonas perjudicadas (42).

Para una evaluación y diagnóstico preciso del dolor crónico son diversas las actividades clínicas que se realizan. Principalmente, se evalúa la historia clínica del paciente con los antecedentes, alergias, estilos de vida; además de la anamnesis, exámenes auxiliares y examen neurológico que permiten obtener las características, etiología y factores asociados

al dolor a través del uso de las escalas en las evaluaciones de otros tipos de dolores, como Escala Visual Análoga (EVA), Escala Numérica Verbal (ENV), Escala Descriptiva (ED), Escala Facial (EFA) (2).

El dolor crónico tiene varios tratamientos, todos con el único propósito de disminuirlo y aumentar la fuerza, sensibilidad y funcionalidad del área afectada del organismo. Se trabaja de manera conjunta con el tratamiento no farmacológico y farmacológico añadido de un enfoque multidisciplinario representado por los distintos profesionales de la salud: médicos, enfermeras, fisioterapeutas, psicólogos y demás quienes se encargan de brindar la terapia cognitiva – conductual con una orientación y educación biopsicosocial para recuperar la calidad de vida del paciente.

- **Terapia cognitivo conductual:** Tratamiento con enfoque multidisciplinario para brindar información, promover estilos, conductas y calidad de vida saludables, y mejorar los estados de ánimo de los pacientes. Trabaja básicamente la parte emotiva – conductual durante el proceso de recuperación de la enfermedad; sin embargo, se le suma el trabajo multimodal de los distintos profesionales de la salud. Además, al momento de brindar los diferentes tratamientos y procedimientos como: bloqueos nerviosos, infiltraciones, fisioterapia, estimulaciones, psicoterapias, manejo del estrés, meditación y cambios del comportamiento se deben evaluar los aspectos físicos, emocionales, cognitivos y sociales para el manejo óptimo del dolor en cada paciente (2).

D. Dolor neuropático

El dolor neuropático es también conocido como el dolor patológico por la alteración de información producida en el Sistema Nervioso Central y Periférico, representando el 20% de los casos del dolor crónico. Es definido como aquel dolor provocado por un determinado daño o patología que deteriora al Sistema Nervioso somatosensorial. Las personas afectadas padecen de neuralgias, radiculopatías, dolor del miembro fantasma, cáncer y otras enfermedades en donde manifiestan sentir una sensación tipo punzante, picazón, de hormigueo, quemazón, eléctrico (8).

El daño en las terminaciones nerviosas de los receptores periféricos y neuronas corticales del cerebro va afectando a las estructuras cercanas progresivamente, generando alteración

en la transmisión de información en el sistema nociceptivo de los estímulos percibidos en las terminaciones sensitivas periféricas. En la mayoría de casos, la duración de las sensibilizaciones son cortas y sin estímulos, siendo el daño nervioso quien ocasione las alteraciones en el SNC para que sean persistentes y prolongadas. Será la sensibilización central quien produzca alteraciones sensoriales distintas, como: hiperalgesia o alodina (10,21).

La clínica en los pacientes con este tipo de dolor puede originarse de manera espontánea o producida, reflejándose en síntomas positivos y signos negativos. Usualmente, estos pacientes refieren sensación de hormigueo, quemazón, picazón, descarga eléctrica, entumecimiento, hiperalgesia y dolor por calor o frío; sin embargo, se debe considerar que estas características no siempre son producidas por el dolor neuropático y deben ser evaluadas minuciosamente junto a otras para su diagnóstico (11).

▪ **Características comunes sugestivas de dolor neuropático**

- **Síntomas positivos:** Aquellos síntomas que aparecen con el progreso de la patología ya que antes el paciente no los presentaba; sin embargo, pueden llegar a confundirse porque se presentan en una persona y se piensa que tiene determinada enfermedad. Estos pueden ser (43):

Parestesias, son las percepciones sensitivas positivas que no muestran dolor, conocidas como hormigueos.

Dolor Quemante, son las percepciones sensitivas de un dolor sin estímulo aparente, cualitativo y frecuente.

Dolor Punzante, es una percepción sensitiva con dolor persistente y espontánea que dura algunos segundos (44).

- **Signos Negativos:** Hace referencia a los signos que no se presentan en los pacientes con determinada patología pero pueden presentarse en personas sanas. Estos pueden ser (43):

Hipoestesia: Disminución en la alteración sensitiva ante una acción que lo provoque como el frío o un golpe.

Hipoalgesia: Disminución de la sensibilidad ante un estímulo que produce dolor.

Hiperlgesia: Es el aumento de la sensibilidad ante el dolor. Puede ser ocasionado por estímulos de presión roma, pinchazos, frío o calor.

Alodinia: Dolor producido ante un estímulo no doloroso (44).

La etiología del dolor neuropático puede ser espontánea o producida; principalmente se asocia a los daños en el Sistema Nervioso, como: traumatismo, cáncer, ictus cerebral, accidentes cerebrovasculares, isquemias, neurotoxicidad, hipovitaminosis, Diabetes Mellitus, entre otras. Aunque también existen situaciones donde su origen no es preciso, complicando el diagnóstico y tratamiento del paciente (45).

El dolor neuropático afecta de manera directa al Sistema Nervioso y su origen puede ser a nivel periférico o central:

Periférico: Son los daños del nervio periférico, plexos nerviosos y raíces medulares dorsales ocasionados por enfermedades como: neuropatía diabética, neuralgia post herpética, radiculopatías, dolor del miembro fantasma, neuralgia del trigémino, injuria nerviosa post traumática, síndrome del dolor regional complejo y neuropatía por VIH, enfermedad de Guillain Barré, canalopatías.

Central: Son los daños o traumas en la médula espinal y cerebro ocasionados por enfermedades como: post Accidente Vascular Encefálico (AVE), esclerosis múltiple, siringomielia, lesión medular y mielitis, Parkinson, formación de quistes en la médula espinal, desmielinizantes y cerebrovasculares (13).

El obtener un diagnóstico preciso en los pacientes con dolor neuropático, es una actividad fundamental del equipo de salud para conocer el o los daños precedentes del Sistema Nervioso y realizar la evaluación minuciosa del dolor a través de una revisión neuro – anatómica y pruebas complementarias que permiten localizar el dolor que ocupa la zona dañada de la corteza somatosensorial. Generalmente, el personal de salud, opta por el uso de los instrumentos que miden la intensidad de los otros tipos de dolor como la Escala Visual Análoga (EVA), Escala Visual Numérica (EVN), Escala Descriptiva (ED) y/o Escala Facial (EFA) y el uso del dibujo del cuerpo humano para señalar los lugares afectados y localizar al dolor. Se debe tener en cuenta que este tipo de datos son subjetivos y deben ser referidos por el paciente (32,37,45).

El tratamiento que brinde el personal de salud encargado, es en base al diagnóstico del paciente. Es un proceso tedioso y complicado de cumplir, pero son las acciones que conllevan a la mejoría y recuperación de la calidad de vida en los usuarios. Se centra en el trabajo multidisciplinario con actividades farmacológicas y no farmacológicas, además de

la orientación y educación acerca del tratamiento prescrito para el manejo adecuado del dolor (45).

En el tratamiento farmacológico, los medicamentos son prescritos por el médico especialista y según el caso clínico de los pacientes. En la mayoría de los casos, este tratamiento inicia con la administración de neuromoduladores como antiepilépticos y antidepresivos debido al nulo efecto de los analgésicos simples. Los tratamientos tópicos son opción viable como complemento al tratamiento farmacológico con los parches de lidocaína y capsaicina. Adicionalmente se debe brindar la orientación y educación sobre los posibles efectos para trabajar en ellos si se requiere. En los casos donde el tratamiento farmacológico inicial no sea efectivo, se pueden considerar las técnicas de bloqueos nerviosos y ozonoterapia para mejorar el alivio del dolor (46,47).

Además, es fundamental integrar el tratamiento farmacológico con actividades no farmacológicas haciendo hincapié en los aspectos psicológicos del paciente. Debido a ello, para el manejo de la ansiedad, depresión u otros factores asociados al dolor, se recomiendan las técnicas de acupuntura, fisioterapia, rehabilitación e hipnoterapia, las cuales contribuyen en acelerar su recuperación. Las actividades de apoyo y seguimiento de los tratamientos, serán adaptados según el nivel de atención de los establecimientos de salud. Tanto médicos como enfermeras están capacitados para proporcionar orientación y educación personalizada según el caso y antecedentes del paciente. El objetivo es informar sobre la patología y posibles complicaciones ante un tratamiento inadecuado (46,47).

▪ **Cuidados de Enfermería para el dolor neuropático.**

El dolor neuropático es una condición que afecta a un gran número de personas en la población, y su manejo no es sencillo, ya que requiere un enfoque multidisciplinario dentro de las Unidades del Dolor. Estas áreas permiten un control adecuado del dolor cuando ya no puede ser manejado por un solo profesional de salud, ayudando a restaurar el bienestar del paciente. Dado el impacto de este dolor a nivel biopsicosocial, la labor del profesional de enfermería es fundamental en el proceso de recuperación. A través de un plan de cuidados integrales, enfermería refuerza la capacidad de autocuidado tanto del paciente como de su familia, proporcionando apoyo esencial en el proceso de adaptación y manejo del dolor (48).

El personal de enfermería realiza diversas funciones cuando atiende a pacientes con dolor neuropático. Como parte del equipo multidisciplinario, se enfoca en desarrollar y ejecutar una serie de funciones generales y específicas a fin de mejorar la efectividad del tratamiento, minimizar efectos adversos, proporcionar información clara y guiar sobre aspectos clave relacionados con la patología del paciente.

○ **Funciones Generales de Enfermería**

- Valoración del paciente: Incluye la revisión de antecedentes clínicos, evaluación física, valoración de la intensidad y características del dolor al ingreso y al egreso del consultorio.
- Monitorización de signos vitales: Supervisión constante de los signos vitales del paciente.
- Administración de tratamiento: Aplicación de medicamentos según la prescripción médica.
- Observación de efectos secundarios: Vigilancia de posibles efectos adversos de los medicamentos.
- Asistencia en procedimientos quirúrgicos: Participación en intervenciones como bloqueos nerviosos o implantes.
- Cuidados pre y postoperatorios: Preparación y seguimiento de los pacientes que requieren cirugía (48).

○ **Funciones Específicas de Enfermería**

- Función de programación: El personal de enfermería organiza las citas de los pacientes, priorizando casos severos, y planifica la distribución de su tiempo para realizar procedimientos clínicos, como la administración de medicamentos y asistencias quirúrgicas.
- Función de coordinación: Actúa como enlace entre el paciente, su familia y el equipo de salud, siendo crucial para el seguimiento adecuado del proceso de recuperación.
- Función asistencial: Basada en la recopilación integral de datos para la valoración, formulación, y ejecución de planes de cuidados enfocados en resolver necesidades del paciente y mejorar su calidad de vida.
- Función docente: Educa y concientiza al paciente, su familia y su entorno sobre la patología, proceso de recuperación e importancia del tratamiento. También

informa sobre los posibles efectos secundarios de los medicamentos y las posibles complicaciones. Además, ofrece apoyo emocional y enseña técnicas de relajación para mejorar la adherencia al tratamiento y promover una recuperación óptima (48).

- Diagnósticos NANDA comunes en el Plan de Cuidados para Pacientes con Dolor Neuropático
 1. 00133 – Dolor crónico
 2. 00078 – Gestión ineficaz de la propia salud
 3. 00052 – Deterioro de la interacción social
 4. 00070 – Deterioro de la adaptación
 5. 00085 – Deterioro de la movilidad física
 6. 00095 – Deterioro del patrón de sueño
 7. 00126 – Conocimientos deficientes sobre el proceso de la enfermedad y/o régimen terapéutico
 8. 00146 – Ansiedad

Estos diagnósticos ayudan a enfocar los cuidados de enfermería hacia las necesidades específicas del paciente, facilitando una recuperación más completa y satisfactoria (48).

2.4. Variables

2.4.1. Variable 1: Satisfacción de los pacientes con dolor neuropático.

2.4.2. Variable 2: Características sociodemográficas

2.4.3. Operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	N° de ítems	Indicadores	Valores finales	Instrumento
Satisfacción de los pacientes con dolor crónico neuropático	Proceso cognitivo emocional, entre las expectativas de los usuarios con dolor crónico neuropático y los servicios que proporciona el personal que labora en una entidad de salud. Al alcanzar su nivel óptimo, se logra la sensación máxima de plenitud (20,27).	La satisfacción de los pacientes con dolor crónico neuropático se medió operativamente mediante 5 dimensiones, que comprende 22 preguntas cerradas.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fiabilidad ▪ Capacidad de Respuesta ▪ Seguridad ▪ Empatía ▪ Aspectos Tangibles 	<p>1 – 5</p> <p>6 – 9</p> <p>10 – 13</p> <p>14 – 18</p> <p>19 – 22</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Expectativas de los pacientes con dolor neuropático. ▪ Percepciones de los pacientes con dolor neuropático. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Satisfechos : + ▪ Insatisfechos: - 	Cuestionario SERVQUAL.
Características sociodemográficas	Información de un grupo objetivo de personas, que incluye aspectos relevantes para examinar el comportamiento ante ciertas situaciones de	Las características sociodemográficas de los pacientes con dolor crónico neuropático se midieron en 5 dimensiones:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Edad ▪ Sexo 	<p>-</p> <p>-</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Edad en años cumplidos ▪ Hombre ▪ Mujer 	<p>-</p> <p>-</p>	Cuestionario de características sociodemográficas.

	interés investigativo. (49)		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nivel de estudio 	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sin nivel educativo ▪ Primaria ▪ Secundaria ▪ Técnico Superior ▪ Superior Universitario 	-	
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tipo de seguro 	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ SIS ▪ Privado ▪ Ninguno ▪ Otro 	-	
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tipo de usuario 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nuevo ▪ Continuador 		

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Diseño y Tipo de estudio

3.1.1. Diseño

El diseño para esta investigación fue prospectivo - transversal, no experimental por lo que se obtuvo la información en un periodo y tiempo determinado (50).

3.1.2. Tipo de estudio

Este trabajo fue descriptivo al centrarse en la descripción de la variable en desarrollo que exponen la problemática acerca de la satisfacción de la atención recibida en pacientes con dolor crónico neuropático, teniendo una noción cercana a la realidad de los acontecimientos.

3.2. Población

La población de pacientes atendidos de enero a julio en el Centro de Rehabilitación y Terapia del Dolor del Policlínico San Antonio de Cajamarca son un total de 90 usuarios.

3.3. Criterios de selección

3.3.1. Criterios de inclusión

- Pacientes atendidos de enero a julio, diagnosticados con dolor crónico neuropático por distintas patologías en Centro de Rehabilitación y Terapia del Dolor del Policlínico San Antonio de Cajamarca.
- Pacientes con 3 a más sesiones programadas y asistidas.
- Pacientes que hayan autorizado o dado consentimiento para su participación.

3.3.2. Criterios de exclusión

- Pacientes que no desearon participar en la investigación.
- Pacientes que no asistieron de manera regular a sus citas programadas.

3.4.Unidad de análisis

La unidad de análisis estuvo conformada por cada paciente con dolor crónico neuropático que formaron parte de la muestra poblacional atendidos en el Centro de Rehabilitación y Terapia del Dolor del Policlínico San Antonio de Cajamarca.

3.5.Marco muestral

Los datos informativos y clínicos de los participantes se recolectaron por medio de la revisión de las historias clínicas del establecimiento de salud, para obtener el número de participantes que conformaron parte de la muestra de estudio y con ello brindarles el cuestionario para ser llenado por cada uno de ellos.

3.6.Muestra

La muestra, estuvo constituida por 73 pacientes, seleccionados aleatoriamente. La que fue calculada con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{E^2(N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{90(1,96)^2(0,5)(0,5)}{(0,05)^2(89) + (1,96)^2(0,5)(0,5)}$$

$$n = \frac{90(3,84)(0,5)(0,5)}{(0,0025)(89) + 3,84(0,5)(0,5)}$$

$$n = \frac{86,4}{1,1825}$$

$$n = 73,065$$

$$n = 73$$

DONDE:

n = Muestra a calcular

N = Población

Z = Nivel de coeficiencia: 1.96

p = Probabilidad de éxito: 0,5

q = Probabilidad de fracaso: 0,5

E = Margen de error: 5% = 0.05

3.7.Selección de la muestra

La selección fue mediante un muestreo aleatorio simple para seleccionar parte de la muestra de una población avalando que cada integrante tenga igual probabilidad de ser elegido. De esta manera para el presente estudio, la muestra fue seleccionada según conveniencia del

investigador considerando los criterios de selección hasta completar la cantidad requerida para la investigación.

3.8. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.8.1. Técnicas

La técnica que se utilizó para la recolección de datos fue la encuesta para cada participante.

3.8.2. Instrumentos

Para la recolección de datos se utilizaron los siguientes instrumentos: SERVQUAL y cuestionario de características sociodemográficas.

Descripción de los instrumentos:

SERVQUAL, cuestionario realizado por Parasuraman, Zeithaml y Berry en 1988 que posteriormente fue modificado y validado por el Ministerio de Salud desde el 2011 a través de la Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo, el cual permite evaluar la satisfacción mediante la diferencia (P – E) de percepciones (P) y expectativas (E) de los usuarios por los servicios recibidos en los diferentes establecimientos de salud. Este instrumento consta de 44 preguntas cerradas, 22 abarcan percepciones y 22 expectativas de los pacientes, todas estas divididas en 5 dimensiones: Fiabilidad (preguntas 1 a la 5), Capacidad de respuesta (preguntas 6 a la 9), Seguridad (preguntas 10 a la 13), Empatía (preguntas 14 a la 18) y Aspectos intangibles (preguntas 19 a la 22). La puntuación final respectiva se realizó mediante el uso de la escala de Likert de 7 puntuaciones (28, 51)

- **1:** Totalmente en desacuerdo
- **2:** En desacuerdo
- **3:** Algo en desacuerdo
- **4:** Indeciso
- **5:** Algo de acuerdo
- **6:** De acuerdo
- **7:** Totalmente de acuerdo

Los resultados de satisfacción de los usuarios según las dimensiones establecidas también fueron obtenidos por medio de la diferencia entre sus percepciones y expectativas ($P - E$), luego fueron representados en porcentajes para pacientes satisfechos y pacientes insatisfechos. Los valores estimados por SERVQUAL para el análisis e interpretación de los resultados de satisfacción, requiere la evaluación de los porcentajes de insatisfacción en cada dimensión, considerando los siguientes:

- $>60\%$: por mejorar. Valores representados por el color rojo, son acciones inmediatas de mayor prioridad a satisfacer.
- Del 40 al 60%: en proceso. Valores representados por el color amarillo, son las acciones que requieren cambios a mediano plazo para obtener la satisfacción de los usuarios.
- <40 : aceptable. Valores representados por el color verde, son las acciones que requieren de ciertos cambios y pueden ser cumplidas paulatinamente pero con el mismo objetivo de alcanzar una mejor satisfacción para los pacientes. (28)

Finalmente, los resultados globales se presentaron según la diferencia de las percepciones y expectativas ($P - E$), considerando a los valores positivos (+) como pacientes satisfechos y valores negativos (-) como pacientes insatisfechos.

El cuestionario de características sociodemográficas, es un instrumento que forma parte del cuestionario SERVQUAL, que permitió evaluar ciertas características de los pacientes para complementar la investigación. Consta de 5 interrogantes, 2 preguntas abiertas, edad y sexo; y 3 preguntas cerradas de opción múltiple: nivel de estudios, tipo de seguro y tipo de usuario.

Los datos fueron recolectados de enero a julio del 2024, durante cada sesión programada para los pacientes con dolor crónico neuropático atendidos en el Centro de Rehabilitación y Terapia del Dolor del Policlínico San Antonio de Cajamarca.

3.8.3. Proceso de recolección de datos

- Se solicitó el permiso respectivo al director y personal de salud del Establecimiento para desarrollar el presente trabajo de investigación.
- Se brindó a cada participante el consentimiento informado para que con ella autoricen su participación. Seguidamente, se le entregó la encuesta y se informó el propósito del estudio que se está realizando.

- Se estableció un tiempo estimado de 15 minutos para el llenado de las expectativas y otros 15 minutos para las percepciones.
- Una vez concluida la encuesta, se recogió y agradeció a cada paciente. Con ello, se obtuvieron los datos necesarios para el desarrollo de esta investigación.

3.8.4. Validez y confiabilidad del instrumento

- a. **Validez.** El instrumento fue validado mediante una prueba piloto, que se obtuvieron de la entrevista del 10% de pacientes con dolor neuropático que acuden al Centro de Rehabilitación y Terapia del Dolor y que no formaron parte de la muestra.
- b. **Confiabilidad.** Se obtuvo por medio del uso de la medida estadística del Alfa de Cronbach en los participantes considerados para la muestra de estudio; prueba que indicó las respuestas adecuadas para los ítems propuestos.
- c. **Prueba piloto.** El desarrollo de la prueba piloto se realizó en el 10% de la población que no pertenecen a la muestra de estudio de la investigación del Centro de Rehabilitación y Terapia del Dolor. Esta prueba se realizó durante el mes de enero del presente año y se calculó mediante el coeficiente del Alfa de Cronbach obteniendo una fiabilidad del 0,98 para las expectativas y de 0,95 para las percepciones, datos que indicaron que el instrumento a utilizar tiene un nivel excelente para ser aplicado en el grupo de estudio del presente estudio de investigación.

3.9. Procesamiento, análisis y presentación de resultados

Se realizó el procesamiento de los datos recolectados, mediante el uso de los programas software; uno de ellos, Microsoft Excel que permitió elaborar una base de datos para luego ser procesados en el paquete estadístico SPSS versión 29. Programas que ayudaron a desarrollar el análisis y la discusión respectiva a partir de los resultados arrojados; los mismos que son presentados en tablas simples y de doble entrada.

3.10. Consideraciones éticas

Los aspectos éticos que se tuvieron en cuenta durante el desarrollo de esta investigación, fueron los siguientes:

- **Beneficencia:** La recopilación de datos de los pacientes con dolor neuropático fue utilizada con el propósito de conocer la satisfacción de los servicios que recibieron en el consultorio de Terapia de Dolor durante sus atenciones.
- **Honestidad:** La recolección y obtención de datos del grupo de estudio fueron adquiridos con integridad y de manera presencial, para garantizar los resultados óptimos y las respectivas conclusiones de la presente investigación.
- **Autonomía:** El Director del Policlínico San Antonio y los pacientes con dolor neuropático parte de la muestra, autorizaron el uso de datos y de la información solicitada para el desarrollo correspondiente de esta investigación.
- **Confidencialidad:** La información brindada por los participantes a través de los instrumentos, fue conocida solo por la investigadora y utilizada exclusivamente con fines propios de la investigación.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes con dolor crónico neuropático atendidos en el Centro de Rehabilitación y Terapia del dolor Policlínico San Antonio. Cajamarca 2024

CARACTERÍSTICAS	INDICADORES	N	%
Edad	20 – 25	7	9,6
	26 – 60	51	69,9
	>61 a +	15	20,5
Sexo	Hombre	47	64,3
	Mujer	26	35,6
Nivel de estudio	Sin nivel educativo	2	2,7
	Primaria	3	4,1
	Secundaria	14	19,1
	Técnico Superior	9	12,3
	Superior	45	61,6
	Universitario		
Tipo de seguro	Privado	72	98,6
	Otro	1	1,3
Tipo de usuario	Nuevo	34	46,5
	Continuador	39	53,4

En la **Tabla 1** se presentan las características sociodemográficas de los pacientes con dolor crónico neuropático atendidos en el Centro de Rehabilitación y Terapia del Dolor del Policlínico San Antonio de Cajamarca. El análisis muestra que 69,9% de los pacientes se encuentran en el grupo etario entre 26 a 60 años, 64,38% masculino, 61,6% tienen un nivel educativo superior universitario, el 98,6% cuenta con seguro privado, y 53,4% son pacientes continuadores.

Respecto a la edad, Plancarte et al. en su artículo de Dolor neuropático localizado, indican que este tipo de dolor afecta predominantemente a personas mayores de 55 años. Sin embargo, la presente investigación revela que el dolor neuropático también afecta a pacientes a partir de los 26 años. En cuanto al género, Wanderley W, señala que las mujeres tienen un 3,84% más de probabilidad de experimentar dolor neuropático en comparación con los hombres. En contraste, en este estudio, el mayor porcentaje de pacientes con dolor neuropático corresponde a los hombres (64,4%) (11,22).

En lo referente al nivel educativo, el presente estudio muestra que el 61,6% de los pacientes tienen educación superior universitaria y el 19,1% tiene educación secundaria, mientras que solo el 2,7% no posee nivel educativo. Aunque no se encontraron investigaciones previas que exploren esta dimensión específica en el contexto del dolor neuropático, estos datos ofrecen una visión preliminar sobre la distribución educativa de los pacientes. Respecto al tipo de seguro, el 98,6% de los pacientes están cubiertos por seguros privados, y el 1,3% por otros tipos de seguros. Finalmente, en relación con el tipo de usuario, el 54,4% son pacientes continuadores y el 4,5% son nuevos en el tratamiento.

Los hallazgos reflejan que el dolor crónico neuropático impacta significativamente en la vida diaria de los pacientes, afectando sus actividades personales y laborales. Los pacientes frecuentemente deben asistir a consultas médicas para el manejo del dolor. Las patologías asociadas más comunes en estos pacientes incluyen neuropatías, radiculopatías, discopatías, Parkinson y el síndrome de Guillain-Barré. El tratamiento generalmente involucra la administración de medicamentos según la escala de analgesia, termoterapia y masoterapia. Además, el estado psicológico de los pacientes se ve afectado, presentando estrés, ansiedad y depresión a lo largo del proceso de tratamiento.

Tabla 2a. Satisfacción de los pacientes con dolor neuropático atendidos en el Centro de Rehabilitación y Terapia del Dolor. Policlínico San Antonio. Cajamarca 2024

SATISFACCIÓN	N	%
Satisfechos	47	64,1
Insatisfechos	26	35,9
Total	73	100

En la **Tabla 2** se presenta la satisfacción de los pacientes con dolor neuropático atendidos en el Centro de Rehabilitación y Terapia del Dolor del Policlínico San Antonio de Cajamarca durante el año 2024. El 64,1% de los pacientes están satisfechos con los servicios recibidos, mientras que el 35,9% se muestran insatisfechos.

Según Oliver, con la teoría de la Desconfirmación de expectativas, indica que los usuarios lograrán su satisfacción mediante la superación de las expectativas del servicio a recibir con la comparación de sus percepciones de la atención brindada (23). De acuerdo a esta investigación, luego de obtener la diferencia entre percepciones y expectativas de los participantes ($P - E$), se muestra un porcentaje considerable para pacientes satisfechos, lo que indica que las expectativas de los pacientes con dolor neuropático fueron superadas exitosamente; por ello esta nueva información obtenida concuerda con investigaciones anteriores al determinar la satisfacción de los usuarios por las percepciones que sobrepasaron a las expectativas previas respecto a la atención que recibieron en el establecimiento de salud.

A pesar de los resultados mayoritariamente positivos en cuanto a la satisfacción de los pacientes con dolor crónico neuropático, hay áreas que necesitan mejoras significativas. Aunque algunos de ellos informan haber recibido un trato adecuado; un porcentaje menor, pero importante, expresa insatisfacción por la falta de condiciones óptimas durante sus atenciones, lo cual no cumple con las expectativas para el alivio del dolor. Además, esta insatisfacción en los pacientes se debe a la falta de información y a la escasez de investigaciones sobre la satisfacción de los pacientes con dolor crónico neuropático. Esta falta de datos genera inquietudes y desconocimiento sobre el tipo de atención, el trato del personal y los tratamientos

ofrecidos, resultando en una percepción de que el manejo de su dolor es complicado e inaccesible. Esto afecta negativamente su calidad de vida, su entorno laboral y su bienestar emocional.

Uno de los puntos críticos es la insatisfacción con el tratamiento farmacológico. Algunos pacientes reportan dificultades para entender el régimen de medicamentos, mencionando que la cantidad de pastillas y sus efectos secundarios intensos les provocan malestar y desánimo para continuar con el tratamiento. Estos hallazgos coinciden con los estudios de Alcántara A. y Blamaceda A. et al, quienes destacan la complejidad del tratamiento farmacológico para el dolor neuropático, que frecuentemente involucra antidepresivos tricíclicos e inhibidores de serotonina y norepinefrina. Estos medicamentos, a menudo son asociados con efectos adversos y sugieren la necesidad de actualizar las opciones farmacológicas para mejorar la experiencia del paciente (10,21).

En cuanto a los tratamientos no farmacológicos, se observa que aunque se realizan sesiones de fisioterapia, rehabilitación y masoterapia, el apoyo psicológico es escaso. Los pacientes experimentan un estado emocional afectado, y la falta de atención psicológica limita el manejo integral de su dolor. Para abordar esta deficiencia, es crucial implementar un enfoque multidisciplinario y terapias multimodales, incluyendo técnicas como neuromodulación, bloqueos nerviosos y ozonoterapia, con el objetivo de mejorar el control del dolor. Esta información se corrobora con Juárez A et al, en su estudio Dolor Neuropático de origen central en la consulta médica general, donde refiere la complejidad del tratamiento de este tipo de pacientes y establece actividades de apoyo multidisciplinarias mejorando el estado biopsicosocial del paciente (45).

En conclusión, para alcanzar la satisfacción óptima en los pacientes con dolor crónico neuropático atendidos en el Policlínico San Antonio, es necesario abordar las áreas identificadas con deficiencias. Esto incluye mejorar la atención y el trato del personal, garantizar privacidad y procedimientos adecuados durante las evaluaciones y actualizar tanto los tratamientos farmacológicos como no farmacológicos. Al implementar estos cambios, se podrá no solo aliviar el dolor de manera más efectiva, sino también satisfacer las necesidades y expectativas de los pacientes, promoviendo una mejor calidad en la atención de estos usuarios.

En muchos de los participantes del presente estudio se logró observar que muestran una actitud positiva en sus atenciones; sin embargo, manifiestan que pasan por un proceso muy tedioso por la continuidad de sus sesiones, la administración de medicamentos y los efectos adversos de estos, ya que en ellos les produce malestar e incomodidad para realizar sus actividades cotidianas, afectando también su estado emocional al generar situaciones de estrés, ansiedad o preocupación.

Tabla 3. Satisfacción según dimensiones con la atención recibida en pacientes con dolor neuropático del Centro de Rehabilitación y Terapia del Dolor. Policlínico San Antonio. Cajamarca 2024

DIMENSIONES	Satisfechos		Insatisfechos	
	N	%	N	%
Fiabilidad	10	60,2	7	39,7
Capacidad de Respuesta	9	66,4	4	33,5
Seguridad	8	61,6	5	38,3
Empatía	11	63,2	6	36,7
Aspectos Tangibles	9	70,2	4	29,7
TOTAL	47	64,1	26	35,9

En la **Tabla 3** se presenta la satisfacción según dimensiones con la atención recibida en pacientes con dolor neuropático del Centro de Rehabilitación y Terapia del Dolor del Policlínico San Antonio de Cajamarca 2024. Los resultados revelan que las dimensiones más destacadas son aspectos tangibles y capacidad de respuesta, con porcentajes de satisfacción del 70,2% y 66,4%, respectivamente. Para los pacientes con dolor neuropático insatisfechos; el 39,7% y 38,3% representan a la fiabilidad y seguridad, siendo las dimensiones que necesitan de algunas mejoras. Universalmente, se observa una de satisfacción del 64,1% y del 35,9% de insatisfacción en todas las dimensiones.

La dimensión de fiabilidad refleja la confianza de los pacientes en el personal de salud y administrativo. Sin embargo, el 39,7% de los pacientes expresan insatisfacción con respecto a los horarios de atención, el orden de llegada y la accesibilidad a citas, sugiriendo que estos aspectos no siempre se cumplen de manera satisfactoria.

La dimensión de capacidad de respuesta evalúa la rapidez y oportunidad en la prestación de servicios. El 33,5% de los pacientes informan deficiencias en la atención durante la realización de exámenes radiológicos, ecografías, tomografías y en el módulo de admisión.

En cuanto a la dimensión de seguridad, que mide la confianza en la competencia del personal de salud, el 38,3% de los pacientes manifiestan descontento con la realización de exámenes físicos. Consideran que estos no son lo suficientemente completos ni minuciosos y también reportan falta de privacidad durante las consultas.

La dimensión de empatía evalúa la capacidad del personal para comprender las situaciones de los pacientes. El 36,7% de los pacientes señalan dificultades en la comprensión de las explicaciones del médico sobre medicamentos, dosis y efectos adversos, así como sobre los procedimientos necesarios para su evaluación y tratamiento adecuados.

Finalmente, la dimensión de aspectos tangibles mide la satisfacción con las condiciones físicas del consultorio, sala de espera, equipos y materiales médicos. Un 29,7% de los pacientes expresan insatisfacción con la falta de equipos y materiales médicos modernos y la falta de señalización adecuada dentro del Policlínico.

Las dimensiones mencionadas son parte fundamental del análisis de los datos para lograr una conclusión óptima respecto a la satisfacción de los pacientes con dolor crónico neuropático. Estas dimensiones, representan a las actitudes, aptitudes y características de los servicios que brinda el personal y establecimiento de salud; por las cuales se pregunta y los pacientes aportan sus respuestas a través de sus expectativas y percepciones sobre la atención que recibieron. Febres R, en su estudio ratifica la importancia de brindar una atención de calidad por medio del cumplimiento o superación de las expectativas de los usuarios, obteniendo con ello su satisfacción. Caso contrario poder trabajar en las posibles deficiencias que se presenten (20).

Los valores establecidos en SERVQUAL proporcionan la facilidad de evaluar la satisfacción en los usuarios en las cinco dimensiones establecidas mediante el resultado en insatisfacción, considerando la diferencia entre las percepciones y expectativas en forma de porcentajes. Los valores mayores de 60%, indican alerta y requieren de mejoras de forma prioritaria en las condiciones de los servicios, y valores menores de 40%, señalan que las actividades recibidas por los usuarios muestran un nivel aceptable, donde la satisfacción de los pacientes es notoria (28). Según la investigación del presente estudio, los diferentes porcentajes arrojados en los

pacientes insatisfechos en las cinco dimensiones son menores al 40%, indicando una satisfacción aceptable para los pacientes con dolor neuropático.

Sin embargo, particularmente, las dimensiones de fiabilidad y seguridad fueron las que presentaron más inconvenientes, indicando que requieren atención prioritaria para realizar las mejoras necesarias. Implementar estos cambios contribuye a mejorar la satisfacción de los pacientes con dolor neuropático y a optimizar su proceso de recuperación, ya que muchos de ellos manifiestan una incomodidad por todo el largo y complicado proceso por el que pasan por su patología, afectando sus estilos de vida.

A pesar de que los resultados generales muestran una satisfacción aceptable, es crucial abordar las áreas identificadas con déficits significativos. Se deben implementar mejoras en el respeto de horarios y el orden de llegada, así como en la rapidez de la atención durante la realización de pruebas y en el módulo de admisión. Además, es necesario realizar exámenes físicos más completos y asegurar la privacidad durante las consultas. La información proporcionada por el médico debe ser clara y comprensible, y se deben modernizar los equipos médicos y mejorar la señalización dentro del Policlínico para una mejor orientación.

Es crucial que Enfermería brinde una atención humanística hacia el paciente, familia y comunidad; sin embargo, la falta de información acerca de la problemática del dolor neuropático, hace que la atención en el Policlínico San Antonio sea obsoleta y simple cuando los pacientes ya requieren un tratamiento complejo multimodal farmacológico y no farmacológico. Por ello, el rol de Enfermería es importante, durante las atenciones a este tipo de pacientes, para fomentar el autocuidado y la orientación acerca de su patología con las posibles consecuencias que puedan afectar sus actividades cotidianas. Mediante la formulación del Plan de Cuidados, se logra establecer las actividades que ayuden a la recuperación del usuario, cumpliendo su papel asistencial; además cumple un rol administrativo al ser la encargada de registrar su progreso y coordinar las acciones y consultas con los demás miembros del equipo de salud. De esa manera se trata de brindar una mejor atención para los pacientes, mejor adherencia al tratamiento y con ello una satisfacción en el cumplimiento de sus necesidades biopsicosociales.

CONCLUSIONES

1. La satisfacción en los pacientes con dolor crónico neuropático es aceptable en sus cinco dimensiones, revelando la satisfacción de los usuarios en cada una de ellas.
2. En las características sociodemográficas de los participantes, se identificó que el dolor neuropático afecta principalmente a pacientes mayores de 26 años, predominantemente en hombres con educación universitaria superior y su atención es a través de seguros privados.
3. Finalmente, se determinó que la satisfacción de los pacientes con dolor neuropático atendidos en el Centro de Rehabilitación y Terapia del Dolor del Policlínico San Antonio, en Cajamarca 2024, es calificado como satisfechos.

RECOMENDACIONES

A la Dirección Regional de Salud:

1. Implementar consultorios de manejo del dolor neuropático y asegurar la presencia de personal de salud especializado y capacitado en el manejo del dolor crónico en los establecimientos de salud públicos y privados, por la creciente demanda de atención

Al Personal de Salud de Enfermería de los distintos establecimientos:

1. Capacitarse continuamente sobre los avances en el manejo y tratamiento del dolor neuropático para proporcionar una atención humanizada y adecuada.
2. Organizar charlas o sesiones informativas sobre las causas del dolor crónico neuropático, para que los pacientes comprendan mejor su condición y el manejo necesario.

Al Centro Especializado de Rehabilitación y Terapia del Dolor del Policlínico San Antonio:

1. Al director del centro, organizar capacitaciones periódicas para el personal de salud sobre las últimas actualizaciones en tratamientos del dolor crónico. Además, se debería considerar la modernización de equipos, materiales y fármacos utilizados en las atenciones.
2. Al módulo de admisión, que implemente una base de datos que registre información general, diagnósticos, número de consultas y sesiones de los pacientes atendidos en el consultorio de Terapia del Dolor. Esto facilita la organización y proporciona cifras precisas sobre los usuarios.
3. Fomentar la colaboración entre profesionales de la salud de distintas áreas y garantizar la inclusión del área de psicología para abordar el bienestar emocional de los pacientes.

A los docentes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca:

1. Realizar sesiones o capacitaciones acerca de la gran problemática actual del dolor crónico neuropático para que desde la formación académica puedan orientarse y tener la noción sobre el tema. Es crucial comprender las actividades generales y específicas que como personal de Enfermería se deben cumplir para brindar la calidad de vida que este tipo de pacientes requieren.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lago A, Martín M, et al. Instituto NOA. Ansiolíticos: Qué son y para qué sirven [Internet] Sevilla: 14 de enero del 2023 [consultado 2023, diciembre 16]. Disponible en: <https://institutonoa.es/ansioliticos-que-son-y-para-que-sirven/>
2. Sociedade Galega da Dor e Coidados Paliativos. En Carregal A. Manual básico de dolor de la SGADOR para residentes. Vigo: SC; 492.
3. Garcia E. Fármacos coanalgésicos y coadyuvantes usados en el tratamiento del dolor nociceptivo oncológico. InnovaHonco. España: Hospital Universitario de Fuenlabrada. febrero de 2020; 1 - 3.
4. Tamminga C. Manual Medico MSD versión para profesionales. Agentes antipsicóticos [Internet] Estados Unidos: abril del 2022 [consultado 2023, septiembre 15]. Disponible en: https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2018/10/v19n1_09_reparaFarmacos.pdf
5. De la Fuente J, Sanz N, et al. amma. Técnicas de neuromodulación [Internet] Madrid: 09 de febrero del 2023 [Consultado 2024, enero 26]. Disponible en: <https://www.amma.es/wp-content/uploads/2023/02/Neuromodulacion-Tecnicas-amma.pdf>
6. Bustamante M, Zerda E, Obando F, Tello M. Fundamentos de calidad de servicio, el modelo Servqual. Revista Empresarial. 24 de abril de 2020;13(2):1 - 16.
7. Pérez J. Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. Rev Soc Esp Dolor. 2020; 27(4):232-3.
8. Pérez C. El dolor crónico desde el punto de vista de la neurociencia. Revista NPunto. 2021; 4(41):30.
9. Bilbeny N, Miranda J, Eberhard M, Ahumada M, et al. Dolor crónico: enfermedad que afecta a 1 de cada 3 chilenos podría tener un mejor tratamiento [Internet] Santiago de Chile: Grunenthal: 01 de abril del 2022 [consultado 2023, diciembre 19]. Disponible en: <https://www.grunenthal.cl/es-cl/grunenthal/notas-de-prensa/2022/dolor-cronico-cie-11>
10. Alcántara A. Abordaje farmacológico del dolor neuropático: pasado, presente y futuro. Revista Neurológica Viguera. 2022: 74(8): 269 - 279.
11. Plancarte R, Samano M, Guillén M, Equihua A. Dolor neuropático localizado. Gaceta Médica México. 2021;157(3): 308 -22.
12. Juárez A. Revista Pharma Market. Entre el 8 y el 10% de la población española padece dolor neuropático, un trastorno muy severo que tiende a cronificarse. [Internet]. Madrid: 17 de octubre del 2022. [consultado 2023, septiembre 24]. Disponible en:

<https://www.phmk.es/i-d/entre-el-8-y-el-10-de-la-poblacion-espanola-padece-dolor-neuropatico-un-trastorno-muy-severo-que-tiende-a-cronificarse>

13. Bendaña J. Dolor neuropático: actualización en definiciones y su tratamiento farmacológico. *Rev Médica Hondureña*. 30 de junio de 2020; 88(1):48-51.
14. Livingston M, Gysi von R, Mangain V, Uehara A. SWI swissinfo.ch. Unos 13 millones de personas sufren de dolor neuropático en Latinoamérica [Internet] Suiza: 17 de abril del 2021 [consultado 2024, enero 5]. Disponible en: https://www.swissinfo.ch/spa/latinoam%C3%A9rica-salud_unos-13-millones-de-personas-sufren-de-dolor-neurop%C3%A1tico-en-latinoam%C3%A9rica/46543358
15. Acosta M, Alfageme A. Características clínicas y epidemiológicas de los pacientes geriátricos con dolor neuropático en el Hospital María Auxiliadora [Tesis para optar el título de Médico Cirujano] Lima: Universidad San Martín de Porres; 2023.
16. Mundaca V. Sistema experto de apoyo al diagnóstico temprano de dolor neuropático. [Tesis para optar el título de ingeniero] Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2022.
17. Fernández L. Actualización en ozonoterapia y su aplicación sanitaria [Trabajo de fin de grado] Valladolid; Universidad de Valladolid. 2020.
18. Vera E, Sánchez F, Cedeño T, Carrión J. Anestesiología. Bloqueos nerviosos en terapias del dolor lumbar. *RECIMUNDO*. 26 de junio de 2022; 6(suppl 1):155-63.
19. García L, López R. Satisfacción del paciente en el manejo del dolor neuropático. *Rev Med Clin*. 2021;15(3):123-30
20. Febres R, Mercado M. Satisfacción del usuario y calidad de atención del servicio de medicina interna del Hospital Daniel Alcides Carrión. Huancayo - Perú. *Rev Fac Med Humana*. 2020;20(3):397-403.
21. Balmaceda A, Echeverri A, Rojas S, Sanabria A, Salinas A. Dolor neuropático: aspectos fundamentales de patogénesis, terapia con antidepresivos, relaciones estructurales y nuevas estrategias terapéuticas en desarrollo. *Rev Médica Univ Costa Rica*. 18 de noviembre de 2022;16(2):46-60.
22. Wanderley W. Frecuencia de dolor neuropático en diabéticos atendidos en el Centro de Salud Fraternidad [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano] Pucallpa; Universidad Nacional de Ucayali. 2022.
23. Aparicio P, Elarri A, Triadó X. Perfil de los usuarios de centros deportivos según sus expectativas. *SPORT TK-Rev Euroam Cienc Deporte*. 10 de agosto de 2021;10(2):91-106.

24. Martínez M. Importancia del modelo biopsicosocial en el tratamiento del dolor crónico. Revisión sistemática [Trabajo de fin de grado] Islas Baleares; Universidad de las Islas Baleares. 2020.
25. Ruiz N, Martínez A. Reconociendo la importancia del dolor crónico, desde la teoría de la compuerta, pasando por la neuromatriz, hasta la educación en neurociencias del dolor (PNE). *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. 10 de julio del 2023; 7(3): 7879-7890 .
26. Castillo N. La ciencia en el mundo UNAM. Nadie debería sentir dolor Ronald Melzack [Internet] Ciudad de México: enero del 2020 [consultado 2023, diciembre 26]. Disponible en: <https://blogs.ciencia.unam.mx/cienciamundo/2020/01/21/nadie-deberia-sentir-dolor-ronald-melzack/>
27. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española; vigesimotercera edición Madrid; Satisfacción versión en línea.
28. MINSA. Guía Técnica para la evaluación de la satisfacción del usuario externo en los Establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. En Lengua L, et al. R.M. N°527. Lima: Ministerio de Salud; p58.
29. Quevedo K. Dolor crónico oncológico y calidad de vida en pacientes atendidos en el consultorio de la Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos del HNERM [Tesis para optar el Grado Académico de Magíster en Cuidados Paliativos y Manejo del Dolor] Lima; Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2023.
30. Méndez N, Arredondo J, et al. Generalidades del dolor. Comité de evaluación clínica terapéutica. Mayo - junio 2022; 31(3): 1 - 6.
31. Mugabure B, González S, Uría A, Osorio A. Fisiopatología clínica en pacientes con enfermedad de células falciformes: la transición del dolor agudo al crónico. *Rev Soc Esp Dolor Scielo*. 13 de octubre del 2020;27(4):257-68.
32. Ordoñez L, Sánchez P. Evaluación del dolor. En Ordoñez L, Sánchez P editoras científicas. Evaluación de la función neuromuscular. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2020. p. 299 - 324.
33. Guerrero G. Míguez C. Manejo del dolor en Atención Primaria. En AEPap (ed.). Congreso de Actualización en Pediatría 2023. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2023.p. 45-59.
34. Guerrero B, Elías D. Valoración del dolor agudo en pacientes que acuden al servicio de emergencias del Hospital San Juan de Dios Tarija [Trabajo de grado] Tarija, Bolivia; Universidad Nacional Siglo XX. 2020.

35. García A, Guzmán I, Montiel ÁJ, Parra J, González A, Loría J. Validación de una escala facial de dolor en pacientes geriátricos posquirúrgicos. *Cir Cir.* 28 de abril del 2020;89(2): 212-217.
36. Gabaldón D, Huidobro B, Esteban M, López R. Dolor 1. Generalidades, clasificación y causas del dolor en cpp. valoración en el tratamiento multimodal. *Asoc. Inter. para el estudio del dolor.* 2021.
37. Consejo General de Colegios Farmacéuticos. El dolor y su farmacoterapia. En Consejo General de Colegios Farmacéuticos. *Punto Farmacológico.* Ed 156. Madrid: 2021. p. 1 - 41.
38. Moreno L, Muedra V. Farmacología básica del dolor (analgésicos). En Tornero J, Carrascosa A, Carrio M, Orduña J. *Master en Abordaje Integral del Dolor.* Madrid: Médica Panamericana; 2020. p. 1 - 15.
39. Muriel C, Santos J, Sánchez F. Farmacología de los analgésicos opiáceos. *Master del dolor.* Módulo 7. p. 1 - 34.
40. Watson J. *Manual Médico MSD versión para profesionales. Dolor crónico - Trastornos neurológicos* [Internet] Estados Unidos: Revisado médicamente: marzo del 2022 [consultado 2024, enero 3]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-neurol%C3%B3gicos/dolor/dolor-cr%C3%B3nico>
41. Garzón A, Rodríguez M, Garzón J, Díaz R, Sánchez F, Fresneña N, et al. Estudio transversal sobre factores relacionados con el dolor crónico y su atención, según sexo. *Rev Soc Esp Dolor Scielo.* 20 de febrero del 2023; 29(2):61-70.
42. Blanco E, Chavarría G, Garita Y. Manejo multimodal del dolor crónico. *Rev Medica Sinerg.* 1 de abril de 2021; 6(4): p.625.
43. Rodriguez R. *Psiquion. Los síntomas negativos y positivos en los trastornos mentales* [Internet] Madrid: 25 de enero del 2021 [consultado 2024, enero 26]. Disponible en: <https://www.psiquion.com/blog/los-sintomas-negativos-positivos-los-trastornos-mentales>
44. Alcántara A, Pacheco S. Actualización en el abordaje diagnóstico y terapéutico del dolor neuropático desde atención primaria (I). *Med Gen Fam.* 09 de marzo del 2021; 1(1): 22 - 27.
45. Juárez A, Dorado R, Bermejo P, et al. Dolor Neuropático de origen central en la consulta médica general. En: Juárez A, Dorado R. *Pfizer S.L.U. Madrid; 2020.* p.1 - 96.
46. Trillo E, Verdugo A, Blanco E, Ibor P, et al. *Guías clínicas. Dolor neuropático.* EUROMEDICE Ediciones. España: Pfizer GEP, S.L.U; 2020. p. 1 - 52.

47. Watson J. Manual Médico MSD versión para profesionales. Dolor neuropático [Internet] Estados Unidos: Revisado médicamente: marzo del 2022 [Consultado 2024, enero 16]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-neurologicos/dolor/dolor-neuropatico>
48. Cabezas A. Rol de la enfermería en las unidades del dolor [Trabajo de fin de grado] Valladolid; Universidad de Valladolid. 2021.
49. Ortega C, QuestionPro, Datos demográficos: Qué son, cómo obtenerlos y ejemplos [Internet] Beaverton: 2021 [Consultado 2024, julio 30]. Disponible en: <https://www.questionpro.com/blog/es/datos-demograficos/#:~:text=Los%20datos%20demograficos%20son%20informacion,situacion%20familiar%20o%20los%20ingresos>.
50. Jain N, Ideascare, ¿Qué es un diseño de investigación? Definición, tipos, métodos y ejemplos [Internet] Estados Unidos: 2023 [Consultado 2024, diciembre 2]. Disponible en: <https://ideascare.com/es/blogs/que-es-el-diseno-de-la-investigacion/>
51. Ganga F, Alarcón N, Pedraja L. Medición de calidad de servicio mediante el modelo SERVQUAL: el caso del Juzgado de Garantía de la ciudad de Puerto Montt – Chile. Rev chil ing Scielo. Diciembre del 2019; 27(4).

ANEXOS

ANEXO 1

Resultados de la Prueba Piloto

Coefficiente de alfa de Cronbach para las características sociodemográficas

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,969	5

Coefficiente de alfa de Cronbach para las expectativas

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,990	22

Coefficiente de alfa de Cronbach para las percepciones

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,959	22



Universidad Nacional de Cajamarca
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Académico Profesional de Enfermería



ANEXO 2

Consentimiento informado

El presente trabajo de investigación tiene por objetivo determinar la satisfacción que se presentan en los pacientes atendidos en el Centro de Rehabilitación y Terapia del Dolor del Policlínico San Antonio de Cajamarca; y para ello, es necesario realizar la recolección de datos de las percepciones y expectativas en cuanto a la atención que se reciben por parte del personal y las actividades clínicas realizadas en cada consulta. Cabe recalcar que los datos brindados por cada paciente serán mantenidos en el anonimato, no serán expuestos o publicados con otros fines que no sean científicos o investigativos.

Yo identificado (a) con DNI N°.....con años de edad. En pleno uso de mis facultades mentales, autorizo y doy mi consentimiento para ser partícipe del presente estudio titulado “SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON DOLOR NEUROPÁTICO ATENDIDOS EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN Y TERAPIA DEL DOLOR. POLICLÍNICO SAN ANTONIO. CAJAMARCA 2024”. Considerando los aspectos antes mencionados y de no cumplirse, tomaré las respectivas sanciones legales.

FIRMA DEL PARTICIPANTE



Universidad Nacional de Cajamarca

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Enfermería



ANEXO 3

Encuesta para medir la satisfacción de los usuarios (SERVQUAL)

ENCUESTA PARA EVALUAR LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS CON DOLOR NEUROPÁTICO ATENDIDOS EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN Y TERAPIA DEL DOLOR DEL POLICLÍNICO SAN ANTONIO

Estimado usuario, es necesario que responda de la manera más sincera posible. Le recordamos, que sus respuestas son totalmente confidenciales. Se agradece su participación

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Edad	
2. Sexo	
3. Nivel de estudio	Analfabeto: () Primaria: () Secundaria: () Superior técnico: () Superior Universitario: ()
4. Tipo de seguro por el cual se atiende	SIS: () Particular: () Ninguno: () Otro: ()
5. Tipo de usuario	Nuevo: () Continuador: ()

EXPECTATIVAS

Estos ítems se refieren a la importancia que usted le otorga a la atención que espera recibir en el servicio del Centro Especializado de Rehabilitación y Terapia del Dolor. Utilice la escala numérica del 1 al 7. Considere 1 como Totalmente en desacuerdo y 7 como Totalmente de acuerdo, 4 es el punto neutral (Indeciso).

N°	Preguntas	1	2	3	4	5	6	7
01	E Que el personal de informes, le oriente y explique de manera clara y adecuada sobre los pasos o trámites para la atención en consulta.							
02	E Que la consulta con el médico se realice en el horario programado							
03	E Que la atención se realice respetando la programación y el orden de llegada							
04	E Que su historia clínica se encuentre disponible en el consultorio para su atención							
05	E Que las citas se encuentren disponibles y se obtengan con facilidad							



Universidad Nacional de Cajamarca

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Enfermería



06	E	Que la atención en caja o en el módulo admisión del Seguro sea rápida							
07	E	Que la atención para tomarse análisis de laboratorio sea rápida							
08	E	Que la atención para tomarse exámenes radiológicos (radiografías, ecografías, otros) sea rápida							
09	E	Que la atención en farmacia sea rápida							
10	E	Que durante su atención en el consultorio se respete su privacidad							
11	E	Que el médico le realice un examen físico completo y minucioso por el problema de salud que motiva su atención							
12	E	Que el médico le brinde el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud							
13	E	Que el médico que atenderá su problema de salud, le inspire confianza							
14	E	Que el personal de consulta le trate con amabilidad, respeto y paciencia							
15	E	Que el médico que le atenderá muestre interés en solucionar su problema de salud							
16	E	Que usted comprenda la explicación que el médico le brindará sobre el problema de salud o resultado de la atención							
17	E	Que usted comprenda la explicación que el médico le brindará sobre el tratamiento que recibirá: tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos							
18	E	Que usted comprenda la explicación que el médico le brindará sobre los procedimientos o análisis que le realizarán							
19	E	Que los carteles, letreros y flechas del consultorio sean adecuados para orientar a los pacientes							
20	E	Que la consulta cuente con personal para informar y orientar a los pacientes y acompañantes							
21	E	Que los consultorios cuenten con los equipos disponibles y materiales necesarios para su atención							
22	E	Que el consultorio y la sala de espera se encuentren limpios y sean cómodos							

Fuente: MINSA - 2012



PERCEPCIONES

Estos ítems calificarán las percepciones que se refieren a como usted ha recibido la atención en el Centro Especializado de Rehabilitación y Terapia del Dolor. Utilice la escala del 1 al 7. Considere 1 como Totalmente en desacuerdo y 7 como Totalmente de acuerdo, 4 es el punto neutral (Indeciso).

N°	Preguntas	1	2	3	4	5	6	7
01	P ¿El personal de informes le orientó y explicó de manera clara y adecuada sobre los pasos o trámites para la atención en consulta?							
02	P ¿El médico le atendió en el horario programado?							
03	P ¿Su atención se realizó respetando la programación y el orden de llegada?							
04	P ¿Su historia clínica se encontró disponible para su atención?							
05	P ¿Usted encontró citas disponibles y las obtuvo con facilidad?							
06	P ¿La atención en caja o en el módulo de admisión del Seguro fue rápida?							
07	P ¿La atención para tomarse análisis de laboratorio fue rápida?							
08	P ¿La atención para tomarse exámenes radiológicos fue rápida?							
09	P ¿La atención en farmacia fue rápida?							
10	P ¿Se respetó su privacidad durante su atención en el consultorio?							
11	P ¿El médico le realizó un examen físico completo y minucioso por el problema de salud por el cual fue atendido?							
12	P ¿El médico le brindó el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud?							
13	P ¿El médico que le atendió le inspiró confianza?							
14	P ¿El personal de consulta le trató con amabilidad, respeto y paciencia?							
15	P ¿El médico que le atendió mostró interés en solucionar su problema de salud?							
16	P ¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre su problema de salud o resultado de su atención?							
17	P ¿Usted comprendió la explicación que le brindó el médico sobre el tratamiento que recibirá: tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos?							
18	P ¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre los procedimientos o análisis que le realizarán?							
19	P ¿Los carteles, letreros y flechas le parecen adecuados para orientar a los pacientes?							
20	P ¿La consulta contó con personal para informar y orientar a los pacientes?							
21	P ¿Los consultorios contaron con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención?							
22	P ¿El consultorio y la sala de espera se encontraron limpios y fueron cómodos?							

APÉNDICE N° 4

PACIENTES	PERCEPCIONES	EXPECTATIVAS	P - E	SATISFACCIÓN
1	145	154	-9	Insatisfecho
2	92	154	-62	Insatisfecho
3	135	115	20	Satisfecho
4	143	137	6	Satisfecho
5	145	83	62	Satisfecho
6	132	124	8	Satisfecho
7	140	154	-14	Insatisfecho
8	141	113	28	Satisfecho
9	136	22	114	Satisfecho
10	132	154	-22	Insatisfecho
11	154	142	12	Satisfecho
12	132	151	-19	Insatisfecho
13	154	107	47	Satisfecho
14	142	132	10	Satisfecho
15	138	122	16	Satisfecho
16	148	154	-6	Insatisfecho
17	140	142	-2	Insatisfecho
18	140	145	-5	Insatisfecho
19	154	129	25	Satisfecho
20	136	128	8	Satisfecho
21	136	130	6	Satisfecho
22	137	143	-6	Insatisfecho
23	132	140	-8	Insatisfecho

24	136	154	-18	Insatisfecho
25	126	147	-21	Insatisfecho
26	132	144	-12	Insatisfecho
27	132	109	23	Satisfecho
28	131	129	2	Satisfecho
29	144	126	18	Satisfecho
30	125	140	-15	Insatisfecho
31	145	119	26	Satisfecho
32	141	146	-5	Insatisfecho
33	132	144	-12	Insatisfecho
34	142	134	8	Satisfecho
35	146	148	-2	Insatisfecho
36	140	128	12	Satisfecho
37	154	145	9	Satisfecho
38	132	154	-22	Insatisfecho
39	137	132	5	Satisfecho
40	137	123	14	Satisfecho
41	142	84	58	Satisfecho
42	154	145	9	Satisfecho
43	137	102	35	Satisfecho
44	147	145	2	Satisfecho
45	137	62	75	Satisfecho
46	141	135	6	Satisfecho
47	132	91	41	Satisfecho
48	154	120	34	Satisfecho

49	137	143	-6	Insatisfecho
50	154	82	72	Satisfecho
51	146	134	12	Satisfecho
52	141	154	-13	Insatisfecho
53	149	121	28	Satisfecho
54	138	154	-16	Insatisfecho
55	139	125	14	Satisfecho
56	154	84	70	Satisfecho
57	132	121	11	Satisfecho
58	152	154	-2	Insatisfecho
59	154	116	38	Satisfecho
60	132	119	13	Satisfecho
61	154	124	30	Satisfecho
62	146	136	10	Satisfecho
63	154	99	55	Satisfecho
64	149	148	1	Satisfecho
65	110	132	-22	Insatisfecho
66	132	128	4	Satisfecho
67	145	142	3	Satisfecho
68	147	148	-1	Insatisfecho
69	149	131	18	Satisfecho
70	132	137	-5	Insatisfecho
71	144	129	15	Satisfecho
72	126	125	1	Satisfecho
73	122	146	-24	Insatisfecho

ANEXO N° 5

N°	Preguntas	SATISFECHOS (+)		INSATISFECHOS (-)	
		n	%	n	%
1	Que el personal de informes, le oriente y explique de manera clara y adecuada sobre los pasos o trámites para la atención en consulta.	57	78.08%	16	21.92%
2	Que la consulta con el médico se realice en el horario programado	35	47.95%	38	52.05%
3	Que la atención se realice respetando la programación y el orden de llegada	40	54.79%	33	45.21%
4	Que su historia clínica se encuentre disponible en el consultorio para su atención	48	65.75%	25	34.25%
5	Que las citas se encuentren disponibles y se obtengan con facilidad	40	54.79%	33	45.21%
6	Que la atención en caja o en el módulo admisión del Seguro sea rápida	48	65.75%	25	34.25%
7	Que la atención para tomarse análisis de laboratorio sea rápida	51	69.86%	22	30.14%
8	Que la atención para tomarse exámenes radiológicos (radiografías, ecografías, otros) sea rápida	46	63.01%	27	36.99%
9	Que la atención en farmacia sea rápida	49	67.12%	24	32.88%
10	Que durante su atención en el consultorio se respete su privacidad	46	63.01%	27	36.99%
11	Que el médico le realice un examen físico completo y minucioso por el problema de salud que motiva su atención	38	52.05%	35	47.95%
12	Que el médico le brinde el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud	47	64.38%	26	35.62%
13	Que el médico que atenderá su problema de salud, le inspire confianza	49	67.12%	24	32.88%
14	Que el personal de consulta le trate con amabilidad, respeto y paciencia	55	75.34%	18	24.66%
15	Que el médico que le atenderá, muestre interés en solucionar su problema de salud	51	69.86%	22	30.14%
16	Que usted comprenda la explicación que el médico le brindará sobre el problema de salud o resultado de la atención	44	60.27%	29	39.73%
17	Que usted comprenda la explicación que el médico le brindará sobre el tratamiento que recibirá: tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos.	39	53.42%	34	46.58%
18	Que usted comprenda la explicación que el médico le brindará sobre los procedimientos o análisis que le realizarán	42	57.53%	31	42.47%
19	Que los carteles, letreros y flechas del consultorio sean adecuados para orientar a los pacientes	51	69.86%	22	30.14%
20	Que la consulta cuente con personal para informar y orientar a los pacientes y acompañantes	54	73.97%	19	26.03%
21	Que los consultorios cuenten con los equipos disponibles y materiales necesarios para su atención	48	65.75%	25	34.25%
22	Que el consultorio y la sala de espera se encuentren limpios y sean cómodos.	52	71.23%	21	28.77%
TOTAL		47	64,1%	26	35,9%

Claudia Gallardo

TESIS FINAL CLAUDIA GALLARDO.docx

 Universidad Nacional de Cajamarca

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::3117:424535154

Fecha de entrega

28 ene 2025, 9:46 p.m. GMT-5

Fecha de descarga

28 ene 2025, 10:05 p.m. GMT-5

Nombre de archivo

TESIS FINAL CLAUDIA GALLARDO.docx

Tamaño de archivo

113.0 KB

44 Páginas

12,404 Palabras

70,767 Caracteres




16% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Exclusiones

- N.º de coincidencias excluidas

Fuentes principales

- 13%  Fuentes de Internet
- 3%  Publicaciones
- 12%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 13% Fuentes de Internet
- 3% Publicaciones
- 12% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	
idoc.pub		1%
2	Internet	
repositorio.ucv.edu.pe		<1%
3	Internet	
epdf.pub		<1%
4	Internet	
cybertesis.unmsm.edu.pe		<1%
5	Internet	
repositorio.unc.edu.pe		<1%
6	Internet	
hdl.handle.net		<1%
7	Internet	
es.scribd.com		<1%
8	Internet	
www.researchgate.net		<1%
9	Internet	
repositorio.utea.edu.pe		<1%
10	Internet	
www.grafiati.com		<1%
11	Internet	
slidehtml5.com		<1%